

口腔顔面神経機能学会会報

■2023年 1 月30日発行

〒663-8501 兵庫県西宮市武庫川町1番1号
 兵庫医科大学歯科口腔外科学講座内
 口腔顔面神経機能学会事務局 TEL：0798-45-6677
 FAX：0798-45-6679
 E-mail：jsofnf3@gmail.com
 ホームページ：http://www.mcci.or.jp/www/shinkei/index.html

口腔顔面神経機能学会 理事長挨拶

岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 顎口腔再建外科学 飯田征二



猛威を振るったコロナ感染禍もやっと鎮静化が見られ、様々な規制が解除されつつある中、多くの既成概念や慣習が見直され、いよいよアフターコロナと呼ばれる新たな世界が展開されるものと考えられます。これほど多くの制限を長期間にわたって、また、全人類が受けたことはなく、これにより、我々の領域である医療や教育、研究活動の面にも、非常に多くの変革がもた

らされました。

特に、学術活動においては、対面で見逃しが許されないライブで行うことが原則であった口演発表が、遠隔でも可能となり、さらにオンデマンドに至っては、視聴者のスケジュールの制限なく、好きな時間に興味ある発表を選択して見ることができるようになりました。以前は、わずか10分未満の口演発表時間のなかで内容を正確に理解する力が聴衆にも求められ、ポスター発表の様に何度も見直すこともできない口演の内容は、同じ専門性をもつ研究者以外は、論文などでの発表を待たなければ、次に出会うことも困難なものとなっていたと思われます。しかしながら、オンデマンドになり何度も視聴して反芻できることから、より発表を理解でき、記憶に残すことができ、さらには、海外の発表では、英語が苦手な私にとってその恩恵は多大なものとなりました。

しかしながら、このパターンの普及により自分の興味ある発

表のみを追ってしまいがちになってしまっている様に感じます。様々な発表を座して聞かなければならなかった(?)以前の学会参加形式では、時として偶然に遭遇する新たな発見(興味)や様々な演者を知る機会は減った様に思われます。まるで、最近のテレビ離れとYou Tubeなど動画配信サービスへの志向の変化と似ています。あるいは、主催者が用意したものを嗜むのではなく好きなものだけを経験する、まるで、コース料理からバイキング料理に変わっていった様な感じです。

今日の様に情報が簡単には得られなかった時代に育った世代としては、学会は半ば強制的に情報が耳に入ってくる重要な学術情報の収集源でした。次世代を紡ぐ若い先生におかれましては、この様な状況にはなりましたが、ぜひ、好き嫌い関係なしでコース料理を味わえる対面式の学会に参加され、人を知り、知らない世界への知識欲を増やしてほしいと思っています。

本学会は、ある意味、専門性に特化した学会として発足当初から運営されてきました。しかし、発表の内容はそれぞれの施設のキャラクターを反映したもので、対面で行われた学術集会は、それこそ似た食材から様々な工夫を凝らして作られたコース料理ともいえ、その学会の参加により各施設を理解し、学会としても共通認識をもって運営されてきたという特異な学会と考えています。

本学会としても次なる展開が求められていると思います。早期に対面で開催され、人の温もりを感じる討論が実施できればと願うとともにぜひ、若い先生方には、コース料理を経験し、一緒に広い視野での発展にご協力をお願いするところです。

目次

理事長挨拶	1
認定施設及び認定医	2
第13回口唇・舌感覚異常判定認定医試験について	3
口唇・舌感覚異常判定認定医資格更新のお知らせ	3
口腔顔面神経機能学会主催公開スキルアップセミナーについて	3
学会賞を授与しました	3
口唇・舌感覚異常判定認定医制度規定	4
口唇・舌感覚異常判定認定医制度施行細則	5
第25回口腔顔面神経機能学会開催される	6
特別講演	6
一般演題	7
第26回口腔顔面神経機能学会のご案内	23
令和3年度収支決算報告書	24
口腔顔面神経機能学会会則	24
入会申込と年会費のお知らせ	25
理事名簿	26
編集後記	26

第13回口唇・舌感覚異常判定認定医試験について

- 認定医試験会場および日程
会場：オンライン
日時：2023年3月5日（日）予定
- 不明な点についてはメールにて事務局にお問い合わせください。
e-mail：jsofnf3@gmail.com
- 試験の詳細については随時HPにてお知らせいたします。

口唇・舌感覚異常判定認定医資格更新のお知らせ

口唇・舌感覚異常判定認定医認定証の有効期限が2023年（3月31日）までの認定医の先生（P2に掲載）は、2023年1月31日までに認定医資格更新申請を行ってください。更新資格として、学会参加10単位、学会発表者10単位、共同演者5単位、神経機能に関するセミナー等（10ないし5単位）合計30単位以上が必要となっておりますのでご注意ください。今年度より認定医更新申請書の変更を行っています。現時点で単位不足の先生は、2023年3月末日までの「単位取得見込み」での更新申請ができるようになり、第26回学術大会での参加と発表等にて、更新申請が可能となりました。

また、認定医登録時の所属機関から本学会の非会員機関に異動された先生は、個人会員あるいは機関会員として遡って年会費をお支払い下さいますようお願いいたします。

ご不明な点、ご質問、お問い合わせは学会事務局までご連絡ください。

*更新手数料納入済領収書（写）を必ず添えて申請願います。

口腔顔面神経機能学会主催公開スキルアップセミナーについて

- 今後の公開スキルアップセミナーについて
第4回スキルアップセミナー
日時：2023年3月4日（土）詳細未定
（今後の案内等は、学会HPにて掲載予定ですので、随時ご参照ください。）

学会賞を授与しました

第25回学術集會にて発表された演題に対して、学会賞を授与いたしました。
今回の受賞者は以下の通りです。

- ◆最優秀学会賞
○当院における末梢三叉神経障害症例に対する神経修復術の予後について
東京歯科大学口腔病態外科学講座 山本裕義 先生
- ◆学会賞
・当科における下顎枝矢状分割後のオトガイ神経知覚異常発症における危険因子の検討
大阪歯科大学大学院歯学研究科口腔外科学専攻 長谷小町 先生
・神経再生誘導チューブによる神経修復が神経障害性疼痛に有効であった2例
東京歯科大学口腔病態外科学講座 西山明宏 先生
- *最優秀学会賞受賞者は翌年の大会にて受賞講演を行うこととなっています。

認定施設及び認定医

認定施設一覧

登録番号	施設名	更新年
1	大阪大学大学院歯学研究科 第一口腔外科学教室	2025
3	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 顎顔面外科学	2025
4	兵庫医科大学 歯科口腔外科学講座	2022
5	奥羽大学歯学部 口腔外科学講座	2025
6	東京歯科大学水道橋病院 口腔外科	2025
7	大阪歯科大学 口腔外科学第二講座	2025
8	東海大学医学部外科学系 口腔外科	2025
11	松本歯科大学 歯科麻酔学講座	2025
12	九州大学大学院歯学研究院 口腔顎顔面外科学分野	2025
13	新潟大学大学院医歯学総合研究科 顎顔面口腔外科学分野	2025
14	鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター	2025
16	公立学校共済組合 九州中央病院 歯科口腔外科	2025
17	公立学校共済組合 近畿中央病院 口腔外科	2025
18	日本歯科大学付属病院 歯科麻酔・全身管理科	2025
19	NHO 高崎総合医療センター 歯科口腔外科	2021
21	大阪警察病院 歯科口腔外科	2023
22	浜瀬歯科医院	2025
25	岡山大学大学院医歯学総合研究科 顎口腔再建外科学	2022
26	会津中央病院歯科口腔医療センター	2024
27	医療法人社団 ムラヤマ歯科	2024
28	社会医療法人大道会 森之宮病院	2025
29	医療法人新正会 ひまわり歯科クリニック	2025
30	医療法人社団松和会 池上総合病院口腔外科	2026
31	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第二教室	2027

認定医一覧

認定番号	登録名称	機関名	更新年
CP-001	古郷 幹彦	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2025
CP-008	金子 明寛	医療法人社団 松和会 池上総合病院 歯科口腔外科	2025
CP-009	川辺 良一	社会医療法人財団互恵会 大船中央病院 口腔外科	2025
CP-011	澁谷 徹	松本歯科大学 歯科麻酔学講座	2025
CP-013	高木 律男	新潟大学大学院医歯学総合研究科 顎顔面口腔外科学分野	2025
CP-014	中村 典史	鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター	2025
CP-016	堀之内康文	九州中央病院 歯科口腔外科	2025
CP-019	飯田 征二	岡山大学大学院医歯学総合研究科 顎口腔再建外科学	2025
CP-020	田中 晋	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2025
CP-021	小林 明子	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 顎顔面外科学分野	2025
CP-022	望月 美江	ミエ歯科医院	2025
CP-024	高田 訓	奥羽大学歯学部 口腔外科学講座	2025
CP-027	高崎 義人	社会医療法人 大道会 森之宮病院 歯科診療部	2025
CP-028	中嶋 正博	大阪歯科大学 口腔外科学第2講座	2025
CP-030	谷山 貴一	松本歯科大学 歯科麻酔学講座	2025
CP-032	大山 順子	九州大学病院 口腔顎顔面外科	2025
CP-033	佐々木匡理	九州中央病院 歯科口腔外科	2025
CP-034	児玉 泰光	新潟大学大学院医歯学総合研究科 顎顔面口腔外科学分野	2025
CP-036	野添 悦郎	鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター	2025
CP-039	石井庄一郎	公立学校共済組合 近畿中央病院 口腔外科	2021
CP-041	中村 仁也	日本歯科大学付属病院 歯科麻酔・全身管理科	2025
CP-042	飯田 明彦	新潟大学大学院医歯学総合研究科 顎顔面口腔外科学分野	2025
CP-044	沢井奈津子	神奈川歯科大学顎顔面病態診断治療学	2021
CP-045	石濱 孝二	大阪警察病院 歯科口腔外科	2021
CP-046	宮 成典	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2021
CP-048	浜瀬 真紀	浜瀬歯科医院	2021
CP-049	澤田 真人	本山デンタルクリニック	2021
CP-051	稲川 元明	国立病院機構高崎医療センター 歯科口腔外科	2021
CP-052	松永 和秀	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第二教室	2022
CP-053	熊谷 順也	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 顎顔面外科学分野	2022

CP-054	磯村恵美子	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2022
CP-055	菅野 勝也	奥羽大学歯学部 口腔外科学講座	2022
CP-057	原田 丈司	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2023
CP-058	正元 洋介	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2023
CP-059	中村 康典	国立病院機構 鹿児島医療センター 歯科口腔外科	2023
CP-062	川原 一郎	奥羽大学歯学部 口腔外科学講座	2023
CP-064	石畑 清秀	鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター	2024
CP-065	濱田 智弘	会津中央病院 歯科口腔医療センター	2024
CP-066	高橋 進也	サニーデンタルクリニック	2024
CP-067	辻 忠孝	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2024
CP-070	小橋 寛寛	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2024
CP-077	山田 智明	岡山大学大学院医歯学総合研究科 顎口腔再建外科学	2025
CP-080	関 杜樹	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2021
CP-082	永井 孝宏	新潟大学大学院医歯学総合研究科 顎顔面口腔外科学分野	2026
CP-083	小嶋 忠之	奥羽大学歯学部 口腔外科学講座	2022
CP-084	菊地 隆太	奥羽大学歯学部 口腔外科学講座	2022
CP-085	原 崇之	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2022
CP-086	和気 創	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 顎顔面外科学分野	2022
CP-087	久米 健一	鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター	2022
CP-088	松本 幸三	鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター	2022
CP-089	香月 佑子	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 顎顔面外科学分野	2022
CP-090	栗原 絹枝	東京歯科大学市川総合病院歯科・口腔外科	2023
CP-091	大山健太郎	鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター	2023
CP-092	山田 早織	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2023
CP-093	大貫 尚志	新潟大学大学院医歯学総合研究科 顎顔面口腔外科学分野	2023
CP-094	白田 真浩	奥羽大学歯学部 口腔外科学講座	2023
CP-095	岐部 俊郎	鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター	2023
CP-096	樋口 将隆	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2023
CP-097	高畑 勉介	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2023
CP-098	松下 豊	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2023
CP-099	村山 雅人	医療法人社団 ムラヤマ歯科	2023
CP-100	高岡 一樹	兵庫医科大学 歯科口腔外科学講座	2023
CP-101	豊留宗一郎	近畿大学医学部奈良病院 歯科口腔外科	2024
CP-102	大河内孝子	鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター	2024
CP-103	勝見 祐二	新潟大学大学院医歯学総合研究科 顎顔面口腔外科学分野	2024
CP-104	黒川 亮	新潟大学大学院医歯学総合研究科 顎顔面口腔外科学分野	2024
CP-105	石井広太郎	九州大学病院 顔面口腔外科	2025
CP-106	古閑 崇	医療法人社団貴豊会 古閑歯科医院	2025
CP-107	品川 憲徳	鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター	2025
CP-108	湖上 貴央	鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター	2025
CP-109	石田 喬之	鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター	2025
CP-110	矢内 雄太	九州大学病院 顔面口腔外科	2025
CP-111	今利 一寿	九州大学病院 顔面口腔外科	2025
CP-112	上野山敦士	新潟大学大学院医歯学総合研究科 顎顔面口腔外科学分野	2025
CP-113	西山 明宏	東京歯科大学水道橋病院 口腔外科	2025
CP-114	片倉 朗	東京歯科大学水道橋病院 口腔外科	2025
CP-115	藤下 陽平	大阪大学大学院口腔外科学第一教室	2027
CP-116	藤本 愉莉	大阪大学大学院口腔外科学第一教室	2027
CP-117	山下 翔平	大阪大学大学院口腔外科学第一教室	2027
CP-118	野元菜美子	鹿児島大学大学院口腔顎顔面外科学分野	2027
CP-119	川嶋 雅之	奥羽大学歯学部口腔外科学	2027
CP-120	柳田みずき	会津中央病院	2027
CP-121	飯島 康基	奥羽大学歯学部口腔外科学	2027
CP-122	高橋文太郎	奥羽大学歯学部口腔外科学	2027
CP-123	中島 朋美	奥羽大学歯学部口腔外科学	2027

認定医施設、認定医については2022年3月31日時点で更新手続き確認されたものを掲載しています。更新年の3月31日が認定期間終了日となり、更新手続きはその前年未だに完了する必要があります。

- この規程の改正は、本学会理事会の承認を必要とする。
- 本規程施行時に本学会に入会している施設より若干名ずつを本学会理事会の承認を経て認定医として認定する。
- 本規定施行日から2年間は暫定期間とし、第1回認定試験は平成21年度第14回口腔顔面神経機能学会総会開催以降に行う。
- この規程に定めるもののほか、認定医制度規程の実施

- に關し必要な事項は、別に細則として定める。
- 平成26、27、28年度に限り特例として3期目を認めるとする。

付 則

本規程は、平成20年3月1日に制定し、この日をもって施行する。

口唇・舌感覚異常判定認定医制度施行細則

第1条 口唇・舌感覚異常判定認定医制度規程（以下「規程」という。）の施行にあたり、この規程に定められた以外の事項については、以下の施行細則に従うものとする。

第2条 認定施設在籍期間は、複数の認定施設での研修期間を合算したものでよい。

第3条 認定医制度規程第7条でいう十分な学会活動とは、以下の各号に該当することを要する。

- 認定医申請時に3年以上、本学会会員であること。
- 本学会指定の認定施設に通算して3年以上在籍していること。
- 学術大会において口腔顔面神経機能に関する発表をしていること。

第4条 認定医を申請する者は、審査料（5,000円）を添えて以下の申請書類を認定委員会に提出しなければならない。受理した審査料は、理由のいかんにかかわらず返却しない。

- 申請書
- 日本国医師、歯科医師免許証（写）

第5条 認定施設を申請する施設の責任者は、以下の申請書類を認定委員会に提出しなければならない。

- 申請書
- 認定医名簿

第6条 認定施設は、下記の診査器具を有していること。

- SW 知覚テスター
- 2点弁別
- テーストディスク

第7条 1. 認定試験は、年に一回行う。
2. 認定試験は、書類審査および論述試験により行う。

3. 暫定期間中は細則第3条の条件を満たさない場合でも、認定委員会が申請資格を有すると認めた者には申請資格を与え、論述試験を免除することができる。

第8条 認定医登録料は10,000円とする。

第9条 1. 認定医資格の更新をする者は、本学会所定の認定医更新申請書一式と更新手数料（5,000円）を添えて本学会理事長に届け出なければならない。資格更新の申請は、認定失効期日の6ヶ月前から3ヶ月前までに終了しなければならない。
2. 長期の海外出張及び病気等で更新期間内に更新手続きができない場合には、その理由書を認定委員会に提出すれば認定委員会で審議し、更新期間の延長を認める場合がある。
3. 資格の更新をする者は、認定医資格取得の年から5年毎に、定める単位（30単位以上）を満たさなければならない。

- | | |
|-----------------------------------|------|
| 1) 本学会参加 | 10単位 |
| 2) 本学会発表 | |
| 講演演者 | 10単位 |
| 共同発表者 | 5単位 |
| 3) 本学会以外の学術大会での発表（口腔顔面神経機能に関するもの） | |
| 講演演者 | 5単位 |
| 共同発表者 | 3単位 |
| 4) 口腔顔面領域の神経機能に関するセミナー、シンポジウムへの参加 | |
| 本学会が主催、共催等しているもの | 10単位 |
| 本学会以外の学会等が主催しているもの | 5単位 |

付 則

本規程は、平成20年3月1日に制定し、この日をもって施行する。

口唇・舌感覚異常判定認定医制度規程

〔平成26年3月1日一部改訂〕

第1章 総 則

第1条

本制度は、口唇・舌感覚異常の診断と治療に関わる広い学識と専門的技能を有し、口唇・舌感覚異常を鑑定できる医師、歯科医師を養成することを目的とする。

第2条

この目的を達成するため、口腔顔面神経機能学会（以下、「本学会」という。）は、口唇・舌感覚異常判定認定医（以下、「認定医」という。）を認定し、認定証を交付する。又、口腔顔面神経機能学会口唇・舌感覚異常判定認定施設（以下、「認定施設」という。）の認定を行い、認定証を交付する。

第2章 認定委員会

第3条

認定医制度に必要な事項を審議するために本学会理事長が指名する認定委員会を置く。

第4条

- 認定委員会は、本学会理事長が指名する委員（以下、「認定委員」という）若干名をもって構成する。
- 認定委員の任期は3年とし、再任は2期を限度とする。
- 認定委員に欠員が生じた場合は、補欠委員を本学会理事長が指名する。任期は前任者の残任期間とする。
- 認定委員会委員長（以下、「認定委員長」という。）は、理事長が指名する。副委員長は委員の中より選出する。

第5条

- 認定委員会は、年1回以上、認定委員長が招集する。
- 認定委員会は、委員の2/3の出席をもって成立し、その議事は、認定委員長を除く委員の過半数の賛成で決し、可否同数のときは、認定委員長の決するところによる。

第6条

認定委員会は下記の業務を行う。

- 認定医の資格審査及び更新資格審査
- 認定医試験の可否判定
- 認定施設の資格審査及び更新資格審査

第3章 認定医の申請資格

第7条

認定医を申請する者は、日本国の医師あるいは歯科医師の免許を有する本学会会員で、十分な学会活動を行っているものとする。

第4章 認定医申請資格の特例

第8条

第7条の条件を満たさない場合でも、認定委員会が申請資格を有すると認めた者には申請資格を与えることができる。

第5章 認定施設

第9条

認定施設は本学会が認定した施設とする。

第10条

認定施設は下記の各号全てに該当することを要する。
1) 認定施設には認定医がいること。
2) 口唇・舌感覚異常判定に必要な設備を有していること。

第6章 認定医及び認定施設の認定

第11条

- 認定医の認定は、認定委員会において資格審査及び認定試験結果をもとに総合的に判定し、理事会の議を経て決定する。
- 認定施設の認定は、認定委員会の資格審査をもとに理事会の議を経て決定する。

第7章 認定医及び認定施設の認定証交付

第12条

認定証は、登録料を納入し登録申請書を提出した後、本学会理事長から交付される。その氏名又は施設名は、会報に掲載する。

第8章 認定医及び認定施設の資格更新

第13条

- 認定医及び認定施設は、5年毎に資格の更新をしなければならない。
- 更新の可否は、更新申請書をもとに認定委員会において審議し、理事会の議を経て決定する。

第9章 認定医及び認定施設の資格喪失

第14条

認定医及び認定施設は、下記の各号のいずれかに該当する場合には認定委員会、理事会の議を経てその資格を失う。資格回復については別途定める。

- 認定医及び認定施設の資格の辞退届を本学会理事長宛に届け出たとき。
- 医師、歯科医師の免許取消又は停止処分を受けたとき。
- 本学会会員の身分を失ったとき。
- 認定医及び認定施設の資格の更新を怠ったとき。
- 認定医及び認定施設の名譽を毀損するような行為があったとき。

第10章 認定医及び認定施設の資格回復

第15条

認定医及び認定施設の資格喪失の場合、本学会理事会の議をもって回復することができる。

第11章 補 則

第16条

一般演題

1. 下顎孔伝達麻酔法の学生相互実習での舌神経障害について

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 口腔顎顔面外科学分野
 ○芹澤慎生 石田喬之 大河内孝子 石畑清秀 岐部俊郎
 鈴木 甫 手塚征宏 吉村卓也 木村菜美子 成昌典
 野添悦郎 中村典史

下顎孔伝達麻酔法は下顎臼歯部の広い範囲に麻酔効果が得られるが、下顎神経や舌神経の損傷による神経麻痺などの偶発症を起こすリスクがある。

下顎孔伝達麻酔法は歯学教育モデル・コア・カリキュラムでは水準2の指導者のもとでの実践が望まれる項目になっている。

当科では直達法での学生相互実習を行っているが、最近舌神経損傷を認めたため安全で学習効果の高い学生実習について検討した。

下顎孔伝達麻酔法実習は臨床実習中の5年次生に対して相互実習で行っている。指導方法は直達法で、学生1班4-8名に対して助教以上の指導者2名が行う。相互実習前に下顎孔およびその周囲の解剖学的構造、刺入点の決定方法、刺入角度、薬液注入量を教える。その後デモンストレーションを指導者が行い、刺入と薬液注入は指導者の管理下にて相互で行う。今回の症例でも指導者の目視管理下で刺入を行っていた。針先を進めて行く際に被験学生が声を上げたため、薬液は注入せず直ぐに抜針させた。被験学生は刺入時に右舌全体にビリッとした痛みが走ったと訴えたため、SWテストを行ったところ右側舌の知覚異常を認めた。2週間のメチコパールを投与し自覚症状の改善を認め、1ヶ月で知覚低下・痛覚低下は消失。2ヶ月で不快感を伴う異常感覚も消失した。

一般的に下顎孔伝達麻酔法の偶発症における一時的な舌神経と下歯槽神経の神経障害の確率は0.15~0.54%で、永久的な神経障害の確率は0.0001~0.01%であり、下歯槽神経損傷よりも舌神経損傷の割合が高いとされている。注射針による神経損傷は神経に沿った電撃痛が見られる場合がある。今回の症例でも刺入時に右側舌神経領域にビリッとした強い痛みを認めてい

た。注射針により神経損傷は通常数週間で回復することが多いが、ときに数ヶ月におよぶ場合があるとされる。今回の症例では2ヶ月程度で軽快した。

神経損傷回避のための具体的な方法について複数の教科書を調べたところ、下歯槽神経損傷を避けるためには下顎孔付近まで深く針を進めず、翼突下顎隙中央付近で薬液を注入すればよいとする教科書が多かったが、舌神経損傷については翼突下顎隙内で針の向きを変えてはならないと記載されたものが1つあっただけで、その他に具体的な対策が記載された教科書はなかった。以上より下顎孔伝達麻酔法で舌神経損傷を完全に回避することは困難と考えられた。

学生相互実習時の偶発症への対策、予防策としてマンツーマン体制、モニター管理下での実習が報告されている(島田ら、日歯麻誌.2005)が、工藤ら(日歯教歯.2011.)によると、本邦歯学部27大学中1校以外は何らかの偶発症の経験を認めており、血管迷走神経反射が最多で15校、過換気症候群10校、知覚麻痺・鈍麻が9校、開口障害7校となっていた。また、下顎孔伝達麻酔法実習時の偶発症リスク回避のため相互自習を廃止する大学もあり4校が模型を用いた実習のみを行っていた。そこで当科でも下顎孔伝達麻酔法実習用模型(ニッシン:京都)を用いた実習への変更を検討している。この模型は下顎孔周囲の標準的な形態が再現されており、刺入部位を触診で確認することが可能となっている。また正確な刺入角度や刺入位置の成否の判定がランプやプザーで確認できる範囲緑下での針の位置を理解しながら基本的な手技を確認することができ、学習効率の観点からも有用であると思われた。

2. 化学療法の副作用として出現した味覚障害に対する低亜鉛血症治療薬の使用経験

大阪警察病院歯科口腔外科
 ○牛村彩子 石本俊介 田中徳昭 石濱孝二

背景

2017年3月に低亜鉛血症に対して酢酸亜鉛製剤が保険適応となり、低亜鉛血症による味覚異常に対して亜鉛製剤を投与する機会が増えている。一方で薬剤も味覚障害の大きな要因の一つで、例えば多くの抗腫瘍薬は味覚障害を引き起こすと報告されている。今回我々は化学療法の副作用として味覚障害が出現し低亜鉛血症を併発している場合に酢酸亜鉛製剤を投与した症例を複数経験したので、その経過や傾向について報告する。

対象と方法

対象は2019年4月から2020年3月の1年間に当院にて化学療法を施行中に味覚障害を発症し当科に味覚障害の治療依頼で紹介となった症例の内、当科初診時に低亜鉛血症(血清亜鉛値80 μ g/dl未満)を認め、治療として酢酸亜鉛製剤を投与した症例9例で、治療の前後に以下の項目を検査施行し比較検討した。
 ①問診 ②血清亜鉛値 ③visual analogue scale (VAS)を用いた自覚的な味覚評価:スケールの中央を0「味覚に変化なし」とし、「全く味を感じない」を-10、「強く味を感じる」

第25回口腔顔面神経機能学会開催される

下記日程にて第25回口腔顔面神経機能学会が開催されました。

開催形式:WEB (ZoomによるLive配信) およびオンデマンド視聴

Live配信日時:2022年2月26日(土)

オンデマンド配信日時:2022年3月4日(金)~3月14日(月)

大会長:中嶋 正博先生(大阪歯科大学 口腔外科学第二講座 主任教授)

第25回口腔顔面神経機能学会総会・学術大会を終えて



大会長 中嶋正博
 大会準備委員長 大西祐一
 2022年2月26日(土)コロナ感染第6波の中、第25回口腔顔面神経機能学会総会・学術大会をLive配信にて開催いたしました。また、3月4日から14日までの11日間オンデマンド配信を行い、無事終了することができました。演題募集の始まった2021年の秋にはコロナ感染陽性者数も減少し、何とか久しぶりで対面開催ができるのではないかと期待をしておりましたが、第6波により実現が不可能と決断せざるを得なくなりました。非常に残念でしたが、飯田理事長はじめ理事の先生方のご理解とご支援により、Webでの開催に変更し、無事開催することができました。心から感謝申し上げます。

学術大会としては、特別講演1演題、学会賞受賞講演1演題、一般公演13演題で、延べ110名の先生方にご参加いただきました。特別講演は大阪歯科大学歯学部医療安全管理学の佐久間 泰司教授に本学会設立の原点に戻り「口唇麻痺の法律学」という演題で、難しい法律の解釈等を含め解り易く解説をしていただきました。また学会賞受賞講演には大阪大学大学院歯学研究科口腔外科学第一教室の関 壮樹先生にご発表していただき、半日という短い時間ではありましたが、有意義な時間を作って頂き、心から感謝申し上げる次第です。

最後になりますが、今回の学術大会の開催にあたり、ご支援を賜りました事務局の先生方はじめ関係の先生方に厚く御礼を申し上げます。また、来年は札幌での開催となります。次期大会の盛会と本学会のますますの発展をご祈念申し上げます。

特別講演

【口唇麻痺の法律学】

大阪歯科大学歯学部医療安全管理学/ペインクリニック 教授
 佐久間泰司

1. はじめに

口唇麻痺はオトガイ神経麻痺の1症状として歯科治療のあとに起こることが多く、紛争化することが少なくない。私は大阪府歯科医師会歯科医事相談部オブザーバとして、また大阪地方裁判所・高等裁判所の専門委員として、また歯科ペインクリニックの専門家として数十年にわたりオトガイ神経麻痺の紛争にかかわってきた。今回の講演では、純粋な法的問題についての視点から、医学的な視点から、また心理社会的な視点から、の3つから法的紛争を解説したい。

2. 法的な問題

歯科治療のあとに口唇麻痺が出現すれば、患者は歯科治療が原因であると考えるのは自然なことである。しかし因果関係があるかは別の問題である。私の診療にコロナワクチン接種1カ月後の口唇麻痺患者が来院し、精密触覚機能検査でも感覚麻痺が認められたことがあったが、だからといって因果関係があるとはいえない。因果関係は原告(患者)が証明するのが民事裁判の原則である。これを証明責任の分配という。下歯槽管にインプラント体が刺さっているなど明確な客観的事実がない限り、一般に因果関係の証明は困難である。しかし患者救済のためか、医学的には疑問があるような理由づけで因果関係が認められてしまうことも、裁判では無いわけではない。また医療者が患者を安心させるため「麻痺は絶対に治る」と間違った説明

をし、その期待に対して慰謝料が認められることもある。

3. 医学的な問題

歯科治療のあとに口唇麻痺が出現した場合、たとえ口唇麻痺が医療者の過失でないとしても、その後に適切な対応をしたかも法的に重要となる。最近では精密触覚機能検査で客観的に麻痺が判断できるので、専門医に早期に受診させるべき重症度であったかなどが検討できるようになった。また神経損傷は神経障害性疼痛を引き続き起こすことがあるが、医療者に神経障害性疼痛についての十分な知識がなく、治療の機会を逸したり気のせいだと放置されたりし、それが問題となることもある。

4. 心理社会的な問題

紛争になった事例では、ほぼ例外なく患者は「あの先生を懲らしめたい」と医療者に対する憎悪をむき出しにしている。医療者に聞くと「医学的に全く悪くないのに、なぜ相手にしないといけないのか」という。我々が対象とする患者は、ヒトという哺乳類だけでなく、社会的存在である人間であることを忘れていない。我々は目の前のヒトを「直す」だけでは不十分である。人間を「治さ」なければならない。特に感覚麻痺は心理社会的な要素が大きい。智歯抜歯後に同じように口唇麻痺が生じても、訴訟になる先生とならない先生がいる。医療者を恨みながら毎日を生きる患者と、しびれと共存する患者がいる。その違いは、医療者自身の心理社会的な知識と技術の違いにある。

3. 舌がん患者の術前・術後における舌知覚変化について

大阪大学歯学部付属病院口腔外科学第二教室
(顎口腔病因病態制御学講座)

○鈴木真央 松永和秀 紀之定紘子 梶川ひとみ
森田祥弘 鷗澤成一

緒言

舌がんで舌切除術を受けた患者は、術後舌の知覚低下をきたすが、術前を基準に舌切除後の舌知覚変化を経時的かつ客観的に評価した報告はない。今回第1報として、舌がんで舌を切除した患者における術前および術後経時的な舌の知覚変化について評価を行った。

対象・方法

評価1. 健常者における舌知覚評価
対象：男性5名、女性5名、計10名(平均年齢：28.9歳)の健常者を対象とした。
方法：電気刺激装置(STG 4002R Multi Channel Systems)を用いて測定を行った。評価部位は、両側の舌尖、舌縁、舌背の合計6か所を設定した。刺激は200 μ mAから開始し、100 μ mAごとに上昇させ認知できた値を上限閾値として記録した。計測は上限閾値を3回行い、その平均値を閾値とした。各健常者とも、2か月ごとに同様の計測を3回施行した。評価項目：3回の検査間における①同部位ごとの閾値比較、②部位別ごとの左右の閾値比較を評価した。各回の閾値を統計学的に検討(Wilcoxon/Kruskal-Wallis検定(p<0.05))した。

評価2. 舌がん患者における舌知覚評価
対象：舌がんの診断で舌切除術を施行した12例(平均年齢は62.3歳)を対象とした。手術方法によって舌部分切除後縫縮した症例を舌部切群(T1：2例)とし、舌切除後皮弁で即時再建を行った症例を舌切除・再建群(T2以上：10例)の2群に分類した。
方法：健常者と同様の方法で行った。評価部位は健側(非手術側)と患側(手術側)とした。3000 μ mA以上で知覚を認めない場合は、閾値を3500とした。評価時期：術前、術後1か月(以下、1M)、術後3か月(以下、3M)と経時的に評価した。

結果

1. 健常者における舌知覚閾値
右側舌尖は、1回、2回、3回目の平均値はそれぞれ780、

640、487.5、右側舌縁は870、1010、775、右側舌背は1020、890、787.5であった。左側舌尖は、1回、2回、3回目の平均値は610、700、587.5、左側舌縁は、960、1190、1075、左側舌背は890、990、1050であった。各回を比較しても、同じ部位の知覚閾値は、有意差はなく、かつ各部位ことで、左右の知覚閾値を比較しても、有意差は認めなかった。

2. 舌がん患者における舌知覚閾値
1) 術前舌知覚閾値舌部切群の健側舌尖、舌縁、舌背の平均値はそれぞれ550、800、1800で、患側は500、600、1250であった。切除・再建群の健側舌尖、舌縁、舌背の平均値は、それぞれ1680、1877、1970で、患側は2060、2611、2380であった。舌部切群の術前の舌知覚は健常者と比較して各部位とも閾値に有意差は認めなかったが、舌切除・再建群は、健常者と比較して健側舌背および患側すべての部位で、閾値が有意に上昇した。
2) 術後経時的知覚閾値舌部切群の手術側舌尖の1M、3Mの平均値はそれぞれ1850、1450、同側舌縁は、1200、1600、同側舌背は2350、1700であった。舌部切群の手術側は、術後1M後すべての部位で閾値が上昇し、舌尖と舌背は、術後3M後知覚が改善傾向にあった。舌切除・再建群の非手術側舌尖の1M、3Mの平均値はそれぞれ2120、2150、同側舌縁は、1870、2125、同側舌背は2300、2513。手術側舌尖は990、2800、同側舌縁は3200、3138、同側舌背は、3100、3138であった。舌切除・再建群では、両側とも、術前および術後経時的に閾値に有意差はなかった。術後皮弁上の知覚は経時的になかった。

考察

T2以上の症例では術前でも舌知覚が低下することが示唆された。舌部切・縫縮患者は、術後手術側の舌知覚が低下し、次第に回復傾向にあったが、今後症例累積が必要である。舌切除・皮弁再建患者は術前および術後経時的に舌知覚が低い状態であったが、評価が短期のため、術後6か月以降も継続評価が必要である。

を+10とした場合、その時点の自身の味覚についてスケール上に印をつけてもらい、印の位置を検査値とした。(図1)④ 濾紙ディスク法を用いた定量的味覚機能評価：テートディスクR(三和化学研究所)を使用、検査部位は右側舌咽神経支配領域、検査した味質は甘味、塩味、酸味、苦味の4種類。濃度系列は1~5で、最も濃い濃度を5とした。薄い濃度から検査を開始し、味を感じた時点の濃度番号を検査値とした。濃度番号4以上を味覚低下とした。

結果

症例は男性6名、女性3名で、平均年齢は69.6歳、主疾患は大腸癌と肺癌が各3例、乳癌2例、十二指腸癌1例であった。味覚障害出現時に投与されていた抗腫瘍薬の中で、副作用として味覚障害が報告されている薬剤が含まれていたのは7例であった。化学療法開始後味覚障害を自覚するタイミングは5例で1週間以内、その他も1か月以内であり、その内容は主に味覚の低下であった。酢酸亜鉛製剤の平均投与期間は51.2日で、問診では全症例で味覚障害の改善を確認した。酢酸亜鉛製剤投与開始から味覚障害改善を自覚するまでの時間は7例で1か月以内であった(表1)。全症例において酢酸亜鉛製剤投与後1か月で血清亜鉛値は上昇し、血清亜鉛値の変化量は投与前と比

表1：症例の概要

症例番号	年齢/性別	主疾患	味覚障害出現時に施行されていた化学療法	化学療法開始から味覚改善を自覚するまでの時間	初診時主訴	味覚障害治療開始直前の血清亜鉛値(μ g/dL)	酢酸亜鉛製剤投与期間(日)	酢酸亜鉛製剤投与開始から味覚障害改善までの時間
1	74/M	大腸癌	<u>Pmab + mFOLFIRI</u>	2週間以内	酸味以外が分かりにくい。	41	98	1か月
2	57/F	乳癌	EC	1週間以内	味が分かりにくい。	59	35	2週間
3	80/M	肺癌	ニボルマブ	1か月以内	味が薄く感じる。	72	28	2週間
4	77/M	大腸癌	<u>Pmab + mFOLFIRI</u>	1か月以内	味が分からないときがある。特に甘味。	56	51	1か月
5	65/M	肺癌	ペムトレキセド	1週間以内	酸味が分からない。	66	28	1か月
6	71/M	大腸癌	<u>Yelox + Bev</u>	1週間以内	甘味が分かりにくい。	54	42	42日
7	67/F	十二指腸癌	<u>FOLFIRI</u>	1週間以内	何を食べても味が一緒で分かりにくい。	43	28	28日
8	77/M	肺癌	<u>CBDCa + nab-PTX</u>	1週間以内	味が分からない。	50	81	3か月
9	58/F	乳癌	<u>PTX + Bev</u>	1か月以内	酸味が分からない。	53	70	10日

Pmab: パニツムマブ、mFOLFIRI: フルオロウラシル、オキサリプラチン、シボホリナート、EC: エピルビシン、シタロフェスファミド
Yelox: オキサリプラチン、カベシタピン、Bev: ペルバシマブ、FOLFIRI: フルオロウラシル、シボホリナート、イリノテカン
CBDCa: カルボプラチン、nab-PTX: パクリタキセル、アルブミン懸濁液
*下線を付けた薬剤は副作用として味覚障害が報告されているもの。

表2：濾紙ディスク法による定量的味覚機能評価

症例番号		甘味	塩味	酸味	苦味
1	治療前	5	5	5	4
	治療後	5	5	4	4
2	治療前	3	3	3	3
	治療後	3	3	3	3
3	治療前	3	4	4	3
	治療後	3	3	3	3
5	治療前	4	3	3	3
	治療後	3	4	3	3
8	治療前	5	4	5	5
	治療後	4	5	4	5
9	治療前	5	4	3	3
	治療後	4	3	3	4

較して投与1か月後で平均+47.4 μ g/dl、中央値+53 μ g/dlであった。治療前後でVASを用いた味覚障害の自覚的評価を施行できたのは7例で、全例治療前は-の数値であったが治療後は+に転じ、治療前後における変化量の平均値は+10.6であった。治療前後で濾紙ディスク法による定量的味覚評価を施行できたのは6例で、検査値4もしくは5の割合は治療前の54.2%から治療後は45.8%と減少傾向であった。少なくとも1つの味質で味覚の改善を認めた症例は5例あった。一方で治療後に味覚が低下した味質もあった。全体的に苦味については他の味質よりも閾値の変動が少ない傾向であった(表2)。

まとめ

抗腫瘍薬の関与が疑われる味覚障害で低亜鉛血症も認める症例において、亜鉛製剤投与後に比較的早期に味覚障害が改善した症例を複数経験した。問診で認めた治療効果はVASや露紙ディスク法といった数値的評価でも確認できた。化学療法においては副作用として味覚障害が出現しても薬剤の変更や減量が困難な場合も考えられるが、低亜鉛血症を併発している症例であれば亜鉛製剤の投与によって化学療法を中断することなく味覚障害にも対応できる可能性があると考ええる。

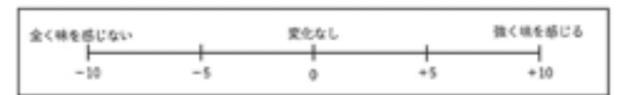


図1：使用したvisual analogue scale (VAS)

な軽快はわずかであった(図4)。知覚の低下、神経障害性疼痛、錯感覚などを示す自覚症状ではすべての術式で軽快を認め、主訴に対する改善の一助になったと考える(図5)。MRCSにおいて下歯槽神経移植術群は横ばいとなったが、その他の群では約1段階の軽快を認めた。術後S3以上の機能的感覚回復を認めたものは下歯槽神経では1例、舌神経では7例となった(図6)。

考察

下歯槽神経、舌神経ともに術後2年において生活支障度、自覚症状、MRCSは全体的に漸減し、生活支障度、自覚症状と

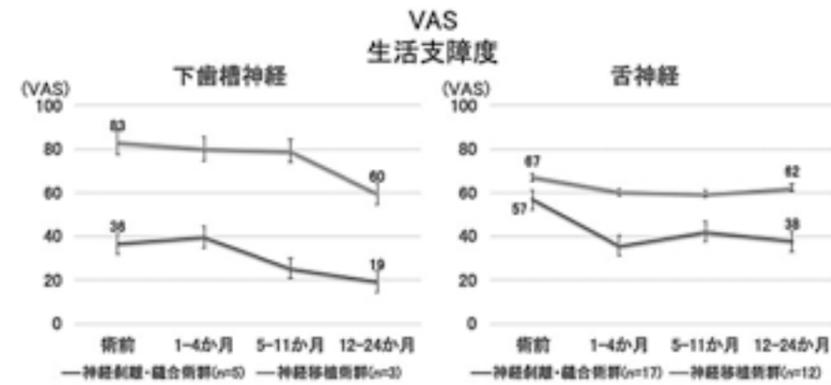


図4：結果 (VAS、生活支障度)

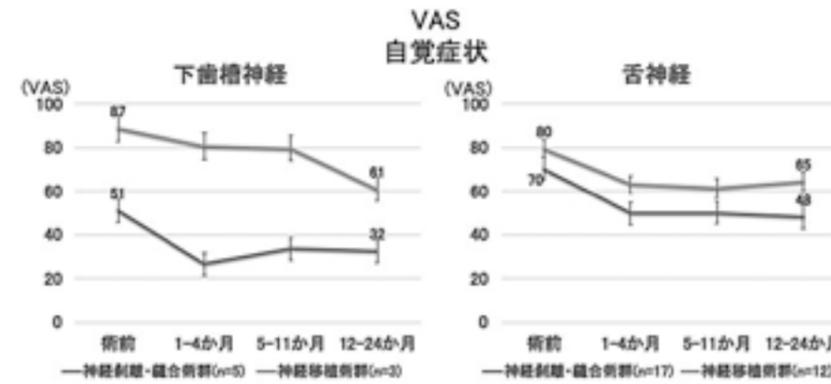


図5：結果 (VAS、自覚症状)

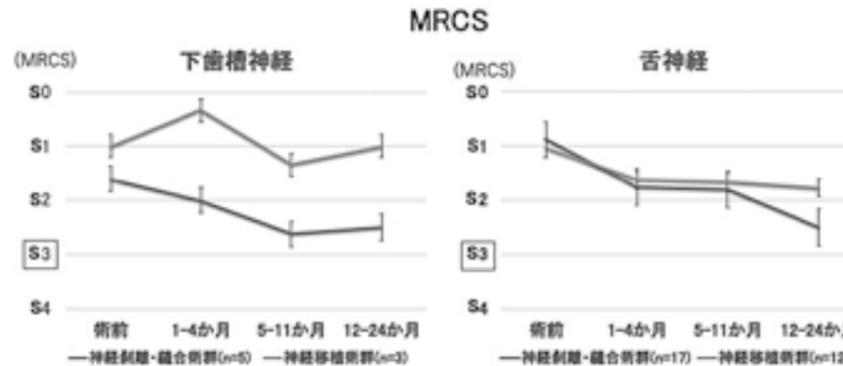


図6：結果 (MRCS)

MRCSは関連性があることが示唆された。しかし舌神経移植術群の生活支障度、下歯槽神経移植術群のMRCSは変化を認めなかった。また、下歯槽神経における生活支障度と自覚症状の軽快率は、それぞれ30%と同等であったのに対し、舌神経において生活支障度は20%、自覚症状は25%軽快に留まった。知覚や錯感覚は術後早期より軽快するのにに対し、味覚においては術後2年の時点で舌神経修復術29例中28例が脱失であることが生活支障度の回復遅延の要因と考える。また、MRCSにおいてS3以上の機能的感覚回復FRSを認めたものは全体の25%に留まり、今後さらなる手術方法の発展が必要と考える。

4. 当院における末梢三叉神経障害症例に対する神経修復術の予後について

- 1) 東京歯科大学口腔病態外科学講座
2) 東京歯科大学顎顔面外科学講座
○山本裕義¹⁾ 西山明宏¹⁾ 岩崎 亮¹⁾ 杉浦 慧¹⁾
田中 斉²⁾ 加藤禎彬¹⁾ 山崎 梓²⁾ 有泉高晴²⁾
村山雅人²⁾ 高野正行²⁾ 片倉 朗¹⁾

緒言

東京歯科大学水道橋病院急性期神経機能修復外来(以下:当外来)の受診患者は年々増加傾向にある。重篤な神経障害症例に対しては手術療法を選択しているが、三叉神経障害における神経修復術後の知覚回復の主観、客観的評価を示した報告は乏しい。今回我々は当院で施行した神経修復術の予後を臨床的に検討したので報告する。

当外来は主に下歯槽神経、舌神経などの三叉神経障害の診断、治療を行うことを目的に開設され、受診より当外来とスペシャルニーズ歯科、ペインクリニック科の連携を密にとり、診療を行っている。また、初診時より精密触覚機能検査等の主観的知覚検査、CT、MRI、SNAP等の客観的知覚検査により受診から2-3ヵ月程度を目安に神経損傷の診断を行っており、診断の結果、ニューロプラキシア、アクソノトメシスでは保存療法、アクソノトメシスの相対的手術適応症例とニューロトメシスでは、外科療法を選択している(図1)。

術式を選択は、障害神経を明示し外傷性神経腫除去後に、神経線維束の連続性がある場合には瘢痕組織迷入の予防目的にPGA膜による被覆を行い神経剥離術とし、欠損距離が短い場合、可能であれば神経縫合術を行う。欠損距離が長く、神経縫合術ではテンションがかかる場合は、術前に患者様と相談の上決定した、自家神経移植術または神経再生誘導術のどちらかを選択している(図2)。

対象

2015年から2019年にかけて当科にて神経修復術を施行した37名を対象とした。男性10例、女性27例で、下歯槽神経8例、舌神経29例。損傷原因の87%は下顎智歯抜歯であり、初診時の平均年齢は38歳、損傷から手術までは平均132日となった。予後の評価方法は手術前後にて生活支障度、自覚症状はVASを用いて評価し、精密触覚機能検査に準じたSWテスト、二点弁別閾、アロデニアの有無からMRCS、ハイツの分類をもとに便宜的に図3のようにした。MRCSは知覚機能をランク付けしたもので、完全脱失をS0、知覚異常のないものをS4として7段階に分類しており、この評価基準を用いS3以上を機能的感覚回復とした(図3)。

結果

対象とした損傷神経と術式で、最多は舌神経麻痺に対する神経縫合術の10例であった。本報告では剥離術と縫合術を神経剥離・縫合術群、自家神経移植と再生誘導術を神経移植術群とした。会話、摂食などの機能障害や、抑うつ傾向などを示す生活支障度は全体的に減少を認めたが、舌神経移植術群のみ数値的

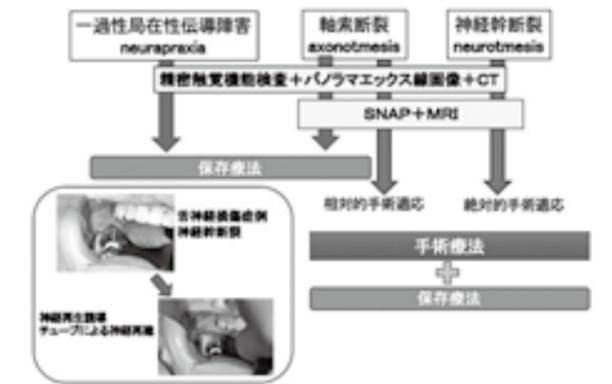


図1：神経障害の診断と治療法

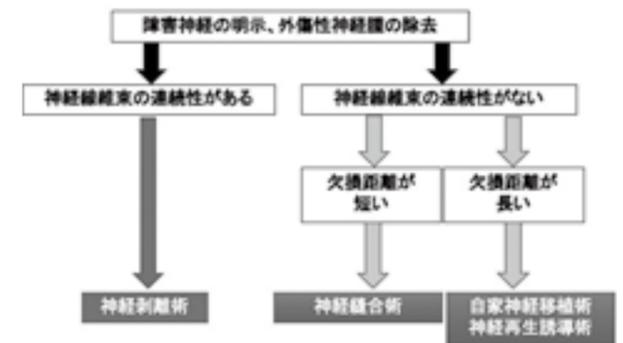


図2：術式を選択

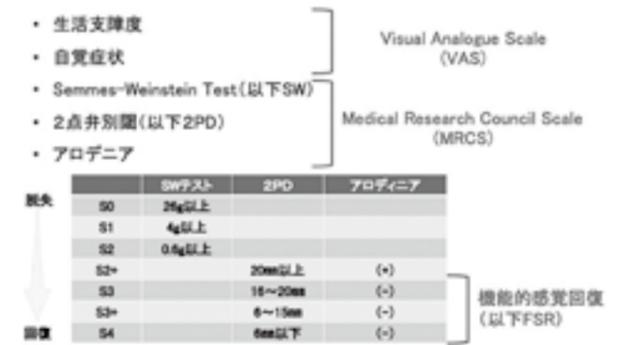


図3：予後の評価方法

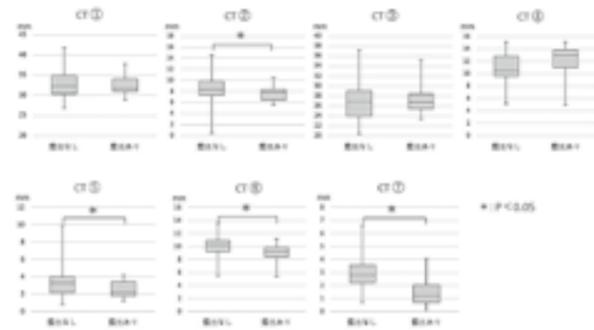


図3 神経露出とCTの関連性

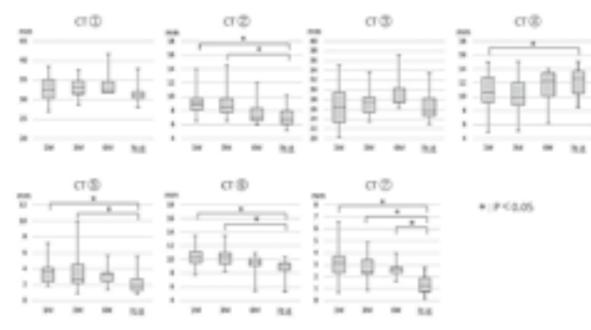


図4 治療時期とCTの関連性

6. 美容外科手術後に下歯槽神経障害をきたした2例

- 1) 東京歯科大学 口腔顎顔面外科学講座
 - 2) 東京歯科大学 口腔病態外科学講座
- 有泉高晴¹⁾ 西山明宏²⁾ 田中 斉¹⁾ 岩崎 亮²⁾
 杉浦 慧²⁾ 山本裕義²⁾ 山崎 梓¹⁾ 片倉 朗²⁾
 高野正行¹⁾

緒言

顎口腔領域の偶発症として下歯槽神経障害がある。本学は急性期神経機能修復外来を2011年に開設し、主に顎口腔領域の感覚神経麻痺について診断、治療を行っている。近年、美容外科手術は、術式の確立により安全性が得られ、身近に行われるようになった。しかしながらそれに伴うトラブルも多く、その中には下歯槽神経障害も含まれている。今回われわれは、美容外科手術後に下顎管の一部消失をきたし、下歯槽神経障害を引き起こした2例を経験したので報告する。

症例1：35歳、男性。2021年8月に近医にて美容目的に下顎骨下縁切除術を施行。術後より左側下歯槽神経領域に知覚異常を認めた。10月からビタミンB12製剤の投与を開始するも改善がないため、11月に精査目的に当科受診となった。初診時のパノラマエックス線画像、CT画像において左側下顎管の一部消失を認める所見であった。知覚検査では①下唇6.0g、②下唇溝部26g、③おとがい部6.0g、④口角部0.008gであった。また、痛覚、2点識別は判定不能であったため、左側下歯槽神経麻痺（Neurotmesis）と診断した。ビタミンB12製剤の投与と星状神経節ブロックを行うこととなった。2022年1月の知覚検査ではSW値は初診時と大きな変化はなかったが、痛覚や2点識別はやや改善傾向にあった。今後も経過観察の予定である。

症例2：29歳、女性。2010年A医院にて下顎角部骨切り術を施行。この際に神経麻痺症状は認められなかった。2016年8月にB医院にて下顎骨下縁骨切り術、顎先中抜き術、下顎角部骨切り術施行した。術後より両側下歯槽神経領域の知覚異常を認め、経過観察となるも、その後改善は認められなかった。2020年4月に同B医院にて下顎骨下縁骨切り術、顎先骨切り術施行した。術後より知覚異常の訴えがあるも、経過観察となり、その後も改善が認められないため、6月に精査目的に当科受診と

なった。初診時のパノラマエックス線画像、CT画像において両側下顎管の一部消失を認める所見であった。知覚検査ではSW、痛覚、2点識別の全てにおいて判定不能であった。両側下歯槽神経麻痺（Neurotmesis）と診断した。神経再生誘導術は欠損距離等を考慮し、困難と判断したため、ビタミンB12製剤の投与と星状神経節ブロック、ミロガバリン10mg/日の投与を行った。2021年1月の知覚検査では日常生活支障度および自覚症状のVASの若干の改善は認められたが、知覚検査では判定不能であった。今後も経過観察の予定である。

考察

日本美容外科学会における2020年の全国調査では、顔面輪郭形成術は4,645件であり、2019年の報告と比較し増加傾向にあると報告されている。また、世界的な調査と比較すると、わが国は顔面に対する美容手術数は9割を占めている。このことから日本人の美容への関心が、顔面に偏っていることが示唆される。近年では美容外科手術だけではなく、高密度焦点式超音波治療法（HIFU）等による非外科的施術による顔面領域の神経麻痺の報告もされている。このことから今後、美容外科後の口腔顔面領域における神経麻痺についても増加傾向になる可能性が示唆される。過去3年間における当院への神経麻痺に関する患者を調査したところ、美容外科後の神経麻痺に関する受診患者数は年々増加傾向にあった。重度のaxonotmesisや自験例のようなneurotmesisは完全回復に至らない可能性もある。このことから美容外科によるリスクや後遺症は、術者はもちろんのこと患者にも十分に理解することが重要である。今後、学会等を通して啓発活動を行っていくことが重要であると考えられる。

結語

今回われわれは美容外科手術後に下歯槽神経障害をきたした

5. 当科における下顎枝矢状分割後のオトガイ神経知覚異常発症における危険因子の検討

- 1) 大阪歯科大学大学院歯学研究科口腔外科学専攻
 - 2) 大阪歯科大学口腔外科学第二講座
- 長谷小町¹⁾ 本橋具和²⁾ 濱田翔央¹⁾ 西口雄祐¹⁾
 池部祥司¹⁾ 正重裕一²⁾ 藤井智子²⁾ 渡辺昌広²⁾
 堀井活子²⁾ 窪 寛仁²⁾ 大西祐一²⁾ 中嶋正博²⁾

目的

下顎枝矢状分割術（以下SSRO）は最も多く用いられている顎矯正手術であるが、術後合併症の1つとして下唇・オトガイ部の感覚異常がある。今回、われわれはSSRO術後の下唇・オトガイ部の感覚異常発症の危険因子について検討したので報告する。

方法

大阪歯科大学附属病院口腔外科第2科において2021年2月から2021年5月までにSSROを施行し、術後の十分な経過観察が可能で、資料の整った41症例82側を対象とした。調査期間は術後6か月とし、下唇オトガイ部の感覚異常を訴えた全症例の術後にビタミンB12製剤の投与を行った。手術時年齢、手術時間、出血量および術中の下歯槽神経の露出は診療録の手術記録より調査し、下唇・オトガイ部の感覚異常は口腔領域感覚異常の診断基準の口唇・舌感覚異常プロトコールに準じて、主観的評価と客観的評価を術前、術後1か月、3か月、6か月の計4回行った。主観的評価は生活支障度および自覚症状をVAS値で評価し、客観的評価は精密触覚機能検査（以下SW-test）、pinprick検査および静的二点識別検査（以下s-2PD）を行った。術前のCT画像より下顎枝部の形態と下顎管の走行について①から⑦の部位を計測した（図1）。主観的評価である自覚症状のVAS値が0および客観的評価であるSW-test、pinprick検査、s-2PDの結果が術前同様まで回復したものを治癒群とし、術後6か月までに治癒していないものを残遺群とした。また、統計学的有意差検定はMann-Whitney U検定を用いて行った。

結果

性別は男性17名、女性24名、平均年齢は27.24歳、平均手術時間は136.02分、平均出血量は81.34gだった。性別、年齢、手術時間、出血量では治癒群と残遺群の間に有意差を認めなかったが、神経露出の有無において、1か月治癒群と残遺群で有意差を認めた。生活支障度と自覚症状では、術後6か月時に両側残遺群と片側残遺群の2群間に明らかな差異は認めなかったが、片側残遺群において術後3か月から術後6か月にかけてVAS値の増加を認めた（図2）。神経露出とCT測定値の関連は、計測部位②⑤⑥⑦で神経露出の有無に有意な差を認めた（図3）。下唇・オトガイ部感覚異常の治癒時期とCT測定値の関連では、計測部位②⑤⑥では術後1か月、3か月治癒群で残遺群と、④では術後1か月で残遺群と、⑦では術後1か月、3か月、6か月のすべての治癒群で残遺群と有意差を認めた（図4）。

考察

下唇・オトガイ部の感覚異常の片側残遺群においてVAS値が上昇しているのは、片側が治癒していることにより、感覚異常側が経時的に、より鮮明に意識されるためと考えられた。下顎枝の厚みと外側皮質骨から下顎管までの距離が神経露出と下唇・オトガイ部感覚異常の治癒時期に関連していると考えられた。また、下顎枝内斜線から上顎結節までの距離が短い方が、内側骨切り時の術野展開におけるリトラクターによる下歯槽神経・血管束の伸展の影響が少ない可能性が考えられた。

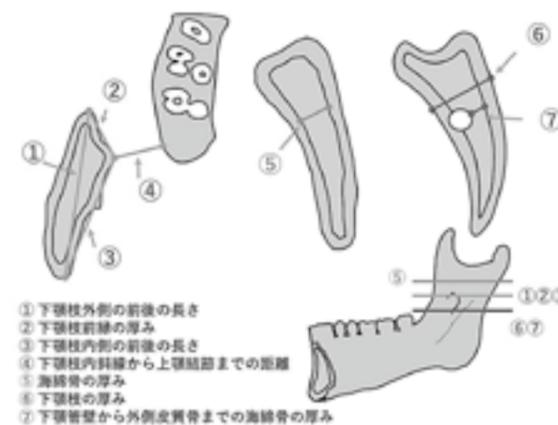


図1 CTの計測部位

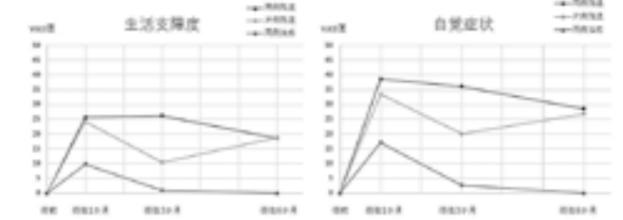


図2 生活支障度と自覚症状

8. 薬剤関連顎骨壊死による疼痛に対して下顎神経ブロックを行った一例

- 1) 九州大学 大学院歯学研究院 口腔顎顔面病態学講座 口腔顎顔面外科学分野
2) 飯塚病院 歯科口腔外科
3) 佐世保共済病院 歯科口腔外科
○今城育美¹⁾ 大山順子¹⁾ 山田朋弘¹⁾ 藤永貴大¹⁾
長野公喜¹⁾ 矢内雄太¹⁾ 石井広太郎²⁾ 今利一寿³⁾
木附智子¹⁾ 森 悦秀¹⁾

緒言

薬剤関連顎骨壊死 (medication related osteonecrosis of the jaw: MRONJ) は、ビスホスホネート (BP) 製剤に代表される骨代謝阻害薬や血管新生阻害薬を使用した患者に生じる難治性の顎骨壊死の総称である。臨床症状は、痛みを伴わない骨露出や骨壊死から、病変が下歯槽神経まで至り、激しい疼痛を訴えるものまで多彩である。治療法は外科療法、保存療法またはその両者による 1) 骨壊死領域の進展の抑制、2) 症状の緩和と感染制御による患者のQOL維持、3) 口腔管理とされているが、MRONJは骨粗鬆症や骨転移を伴う悪性腫瘍をベースに持つ患者が多く、原疾患の状況や患者背景などを考慮して個々に治療法を選択する必要がある。今回われわれは、MRONJのペインコントロール目的に、下顎神経ブロックを使用した症例を経験したので報告する。

症例

患者：86歳、女性。既往歴：骨粗鬆症（8年間BP内服）、右手首骨折、高血圧、頸動脈瘤。現病歴：2020.9月、右下ブリッジの疼痛、歯肉腫脹が出現した。BPを休薬後、2020年11月に右下6近心根が抜去された。症状が改善せず、2020年12月に当科を受診した。現症：口腔外所見：右側下顎部の腫脹を認めた口腔内所見：右下6部に歯肉腫脹、骨露出、排膿を認めた。初診時パノラマX線所見：右下65部に粗造な骨吸収像とその周囲の硬化像を認めた。初診時CBCT所見：右下6遠心根～オトガイ孔にかけて粗造な皮質骨吸収像を認めた。診断：MRONJ経過：洗浄を開始し、分離を待ってから腐骨除去を行う方針とした。しかし、徐々に疼痛が増悪し、内服でコントロールがつか

なくなったことから、2021年2月に入院となった。腐骨分離が進んでいたことから、消炎目的に2021年3月に全身麻酔下で腐骨除去（減量）術を施行し、いったんは疼痛が消失した。1か月後に疼痛が再燃し、右側下顎神経領域に電撃痛が出現した。疼痛がひどく洗浄や局所麻酔下での処置も困難であったため、麻酔科と協議し、下顎神経ブロックを行った。疼痛は速やかに改善し、洗浄が可能になったことで消炎も進んだ。半年後のCTでは骨新生がみられ、骨露出も消失している。

考察

下顎神経ブロックの適応は薬剤コントロールが不良な痛性疼痛、三叉神経痛、帯状疱疹などである。主な合併症として、卵円孔内の穿刺による三叉神経全枝ブロック、出血・血腫、耳管穿刺で局所麻酔薬が流入することによる眩暈・嘔気、刺入による顎関節違和感、アルコールを使用した場合に生じる神経炎などが挙げられる。局所麻酔薬、神経破壊薬、高周波熱凝固の3種類のブロック法があるが、高周波熱凝固では、針先に限局した熱凝固を行うため、合併症は生じにくいと言われ、効果の持続時間は数か月から数年とされている。下顎神経ブロックのその他の問題点として、目的としない他の下顎神経領域の神経機能障害、神経再生による疼痛の再燃、神経障害性疼痛などが挙げられる。本症例では、腎機能障害、肝機能障害があり鎮痛剤の長期間の使用ができなかったこと、根治的な治療による摂食機能障害は受け入れられなかったこと、年齢を考慮すると疼痛の再燃や神経障害性疼痛の出現のリスクは若年者に比べると許容可能と考え、本人、口腔外科医、麻酔科医で協議してブロックを行うこととした。疼痛が消失することで有効な洗浄が可能となり、消炎が進み、患者のQOLも向上した。

症例を経験したので報告した。

7. 顎変形症術後に生じた多発下位脳神経麻痺の1例

—発症から回復までの動画所見を主体に—

- 1) 北海道大学病院 高次口腔医療センター 顎口腔機能治療部門
2) 北海道大学大学院 歯学研究院 口腔病態学講座 顎顔面外科学教室
○松下和裕¹⁾ 足利雄一²⁾ 義達理恵子²⁾ 青海哲也²⁾
格口 涉²⁾ 大廣洋一²⁾

2ヶ月目、声帯の動きの変化はなかった。しかし、半年後、ほぼ完全な声帯の運動回復を認めた。

考察

当初、嗄声が著明であったため、短絡的に挿管による影響かと思われたが、3つの脳神経麻痺であった。基礎疾患はなく、HSV、VZVのウイルス抗体価も明らかに異常を示すものはなかった。よって、手術に起因することが考えられた。IX舌咽神経、X迷走神経、そして、XII舌下神経の3つの神経が同時に障害される部分、一方で、XI副神経は麻痺していない事実から、経静脈孔の下方で、副神経が離れ、かつ、舌下神経管から出た舌下神経が近接してくる部位の障害が疑われた。傍咽頭隙はTensor-vascular-styloid fasciaで前後にわけられるが、後方には下位脳神経が走行している解剖学的構造から、その部分に限局した影響が推察された。ただ、術野から距離があるため、手術器械による直接的な影響は考えづらく、創部ガーゼの圧迫、咽頭パッキン、首の回旋や伸展、大開口、血腫などにより機械的な刺激が間接的に伝わったことが推察された。しかし、通常と変わらない手術操作を施行した上での発症であり、具体的な対策は講じづらいと思われた。ただ、神経麻痺の可能を事前に説明することは必須であると強く意識させられた。

神経麻痺の治療に関し、理学療法として積極的に動かすことを推奨する報告と、また、可及的に安静を推奨するにす真逆の報告もあり、コンセンサスは得られていない。本症例では、誤嚥は比較的短時間に改善したため、胃管は早期に抜去でき退院できた。しかし、嗄声の改善は乏しく、その治療ヤリハピリ法を選択や指示に苦悩したが、結果的には発症前の生活スタイルをしていたとのことであった。術後の咬合は安定しており、術後4年目に来院した際、全く後戻りの傾向は認めなかった。

緒言

外科矯正手術の術後合併症としての神経麻痺は、下唇や上唇、口蓋などの感覚神経の麻痺が多いが、運動神経の麻痺も起こり得る。われわれは、舌咽神経、迷走神経、そして舌下神経に麻痺を認めた多発下位脳神経麻痺の症例を経験した。その概略については、歯科麻酔科の立場から以前第35回日本歯科麻酔学会総会・学術集会で発表している。今回新たに、口腔外科の立場からその改善の推移を、動画を主体に報告する。

症例

29歳男性、顎変形症（骨格性開咬）の診断の下、上顎は全歯槽骨切り、下顎は下顎枝矢状分割術を施行した。特記すべき既往はなかった。手術時間7時間52分、麻酔時間9時間4分、出血量845mlであった。術中に特記すべき異常所見はなかった。しかし、術翌日、嗄声、誤嚥を認めた。嗄声は挿管チューブによる影響で、誤嚥は腫脹に起因するものと判断し、経過をみることにした。術後2日目、症状の改善が認められず、鼻咽腔ファイバーを施行した。左披裂軟骨の運動障害、左声帯の傍正中固定を認め、左反回神経麻痺が疑われた。誤嚥に関しては経過観察とするも改善なかったため、術後8日目、嚥下造影検査を施行し、喉頭侵入を認めた。舌は前方突出時に左方へ偏位し、左舌下神経麻痺も疑われた。術後2週目に撮影したMRIでは、舌根部に脂肪変性を認め、denervation atrophyが疑われた。神経内科にも対診し、左咽頭後壁収縮障害（カーテン徴候）および左咽頭部の絞扼反射の低下を認めることから、反回神経だけではなく、迷走神経、ならびに舌咽神経の麻痺も明らかになり、最終的に多発下位脳神経麻痺（IX舌咽神経、X迷走神経、XII舌下神経）と診断した。術後1ヶ月目、わずかに被裂軟骨の動きは出てきたものの、声帯の動きは認めなかった。術後

10. 下顎埋伏智歯抜歯が自律神経機能に及ぼす影響

- 1) 奥羽大学 歯学部口腔外科学講座
- 2) うすい歯科・矯正歯科クリニック
- 川原一郎¹⁾ 渡邊 輝¹⁾ 西 祐也¹⁾ 高橋文太郎¹⁾
- 宇根岡大典¹⁾ 倉賀野徹¹⁾ 川嶋雅之¹⁾ 臼田真浩¹⁾
- 小嶋忠之¹⁾ 御代田駿¹⁾ 金 秀樹¹⁾ 高田 訓¹⁾
- 臼井万里²⁾

緒 言

下顎埋伏智歯抜歯は口腔外科診療で最も多い手術であるが、手術侵襲は大きく患者にとって精神的にストレスのかかる処置である。近年、ストレス指標として心拍変動を用いた自律神経機能を評価する方法がある。心拍変動を周波数解析して、低周波成分 (LF: Low Frequency) と高周波成分 (HF: High Frequency) を評価する。LFは交感神経と副交感神経の両方の活動を、HFは副交感神経の活動を表し、LF/HFは相対的な交感神経活動の指標となる。今回われわれは、抜歯時のストレスを調べるために、下顎埋伏智歯抜歯が自律神経機能に及ぼす影響について検討したので報告する。

対象と方法

2021年12月から2022年1月の間で、局所麻酔下で下顎埋伏智歯抜歯術を施行した基礎疾患のない患者7名 (男性5名、女性2名。平均年齢33±6.9歳) を対象とした。測定項目は、主観的不安、唾液アミラーゼ、血圧、心拍数、LF/HFとした。主観的不安は、VASを用いて、抜歯前、麻酔、切開剥離、切削抜去、搔爬縫合、抜歯後で測定した。唾液アミラーゼと血圧は、抜歯前、麻酔後、抜歯後に測定した。心拍数とLF/HFは、ウェアブル心拍センサーを用いて連続的に測定し、抜歯前、麻酔、切開剥離、切削抜去、搔爬縫合、抜歯後で各平均値を算出した。各測定結果はFriedman検定後、post hocとしてNewman-Keuls検定で群間比較を行った。

結 果

主観的不安感を表すVAS値は抜歯前から高く、麻酔、切開剥離と高値が継続し、切削抜去時はさらに有意な増加を認めたが、抜去後は有意に低下した (図1)。唾液アミラーゼ濃度は

抜歯前、麻酔後、抜歯後のすべてで高値を示し、特に抜歯後は有意に高値を示した (図2)。血圧は麻酔後に血圧の上昇を認めたが、有意な増加ではなく比較の変動は少なかった (図3)。心拍数は抜歯前から高く、麻酔、切開剥離、切削抜去まで高値が継続したが、抜去後は有意に低下した (図4)。LF/HFは抜歯前は有意に高値を示したが、抜歯開始とともに有意に低下した。その後、抜去後から上昇し、抜歯後は再び有意に高値を示した (図5)。

結 語

下顎埋伏智歯抜歯時のストレス評価をするにあたり、本研究ではVASを用いた不安感の主観的評価と、唾液アミラーゼ、血圧、心拍数、LF/HFの客観的評価について検討した。

(1) 主観的評価: 患者の主観的不安感は抜歯前から強く、歯冠・歯根抜去時をピークに抜去後から軽減した。これは、患者自身が歯が抜けた事で安心したからと考える。

(2) 客観的評価: 唾液アミラーゼ濃度から、患者にとって下顎埋伏智歯抜歯はストレスフルな処置であり、特に抜歯終了後に強いストレスがあった。血圧は麻酔後に上昇したが、比較の変動は少なかった。心拍数は抜歯前から高値だったが、抜去後から有意に落ち着いた。これは、患者の不安感と同様の変化であり、心拍数と不安感は相関している可能性が考えられる。交感神経活動を示すLF/HFは、抜歯前と抜歯後で有意に高かったが、抜歯中は比較的低値を示した。これは、侵襲刺激より不安感などの精神的ストレスや仰臥位から座位への体位変化が、LF/HFに対して大きな影響を与えるものと考えられる。本研究から、患者は抜歯中だけでなく、抜歯前や抜歯後も強いストレスを感じている事が示唆された。このことより、抜歯前や抜歯後でも、患者への接し方や環境整備など、ストレスを軽減する配慮が望まれる。

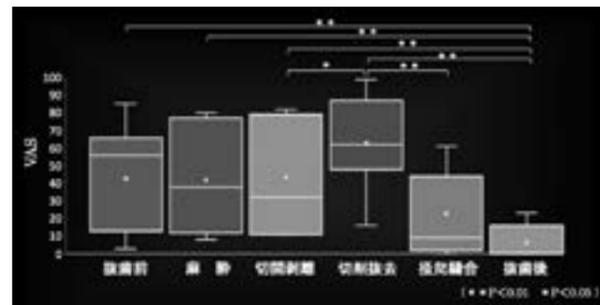


図1: 主観的不安 (VAS)

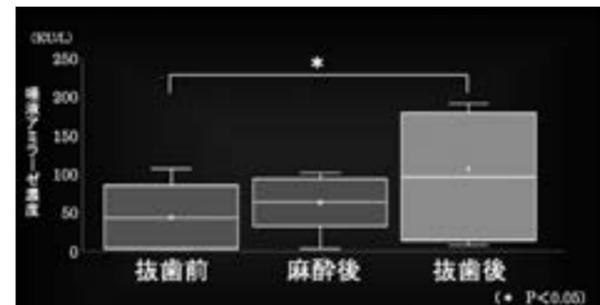


図2: 唾液アミラーゼ

9. 下歯槽神経障害に対してビデオ会議システムを利用し遠隔診療を行った一例

- 1) 医療法人社団ムラヤマ歯科
- 2) 東京歯科大学 顎顔面外科学講座
- 村山雅人^{1,2)}

緒 言

本邦では神経障害に対応できる専門施設が少ないため、施設から遠方の患者は受診が困難な場合がある。さらにコロナ禍による不安や人流制限により、近隣に専門施設がない地域の神経障害患者が受診を諦めるケースが生じている。当院ではホームページやSNSを通じて下歯槽神経・舌神経障害の診療案内を全国に発信しており2021年における神経障害患者の対応数は6名であった。今回報告する症例は北海道・東北地方の患者で、コロナ禍により遠方移動が困難だったため、近年、普及したビデオ会議システムを利用して問診と知覚検査を行い、その診断と治療に成功したので報告する。

症 例

患者: 55歳女性。主訴: 左側下唇部の感覚麻痺。現病歴: 2021年4月、紹介医にてインプラント埋入とGBR手術施行、翌日から左下唇部の感覚障害を自覚する。1週間経過しても麻痺感が重篤なため、紹介医から演者にメールで相談があり、損傷12日後に遠隔診療を施行した。画像1は紹介医からの提供画像である。術前パノラマエックス線画像では左下67部欠損と左下8抜歯窩を認める。術後パノラマエックス線およびCBCT画像では、左下67部にインプラントが2本埋入されており、いずれも下顎管からは離れていた。術中写真からは8番抜歯窩に対してGBRを行っており、術中に抜歯窩から下歯槽神経の露出は認めたとのことだった。紹介医からのメール相談内容は本症例の対応について、骨補填材を除去するか否かの相談であったが、演者は知覚検査での診断が優先であることを説明し専門施設への紹介を促した。しかし、紹介医の近隣地域には専門施設がなく、コロナ禍により遠方施設への受診が困難な状況であった。その様な経緯から演者は紹介医に知覚検査キットを郵送し、検査方法を指導し、ビデオ会議システムを利用し遠隔で紹介医に検査を指示し知覚検査を試みることにした。遠隔診療時

考 察

神経障害症例の遠隔診療の利点は多くある。まず損傷直後の知覚状態を把握でき早期に適切な治療ができること、そして専門医の対応は患者の精神的不安の解消にも繋がる。実際、本症例の遠隔診療中の患者の安心した表情は画面からも明らかだった。さらに当該医師と患者の信頼関係の維持や移動時間、交通費の削減である。問題点は検査の指示・評価は難易度が高いこと、対面と比較し時間がかかることや診断精度の差違が挙げられる。しかしながら、時間との勝負である神経障害症例の初期対応としては画期的な手段と考える。今後の神経障害患者の診療に貢献できる布石になれば幸甚である。

表1: 初診時知覚検査結果

初診知覚検査結果	健側	患側
SWテスト	1.65	5.07
痛覚	4g	-
2PD	7mm	識別不可
冷覚	○	-
温覚	○	-
臨床症状	正常	脱失

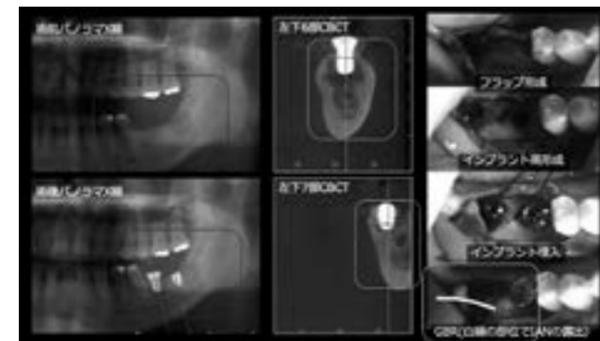
表2: 症状および治療経過

知覚検査経過	術後12日後	術後1ヶ月後	術後2ヶ月後	術後4ヶ月後	術後5ヶ月後
SWテスト	5.07	4.31	2.83	2.3%	1.65
痛 覚	-	6g	2g	1g	1g
2PD	x	x	15mm	10mm	7mm
冷 覚	-	-	80%	90%	80%
温 覚	-	-	-	20%	60%
臨床症状	脱失	異感覚	異感覚	軽感覚	軽感覚
	こむばり	引き離れ	引き離れ	引き離れ	引き離れ
		痛覚過敏	痛覚過敏	痛覚過敏	痛覚過敏

ACQ12SE (1500w/Day)

治療内容: フェニコリン (50mg/Day) → フェニコリン (20mg/Day) → ソフトレーザー

※初回は1回で中止 (腫瘍病のため)



画像1: 紹介医提供画像

保存的治療で良好な結果を得ることが出来た。

2021年の1年間に当科で行った下顎智歯抜歯1327本のうち、舌神経の知覚異常が1か月以上持続した症例は本症例を含めて2例(0.15%)と、報告されている発生率(0.1-2%)と同等であった。2症例ともWinterの分類でDisto-Angularであった。遠心傾斜した下顎智歯の遠心部の骨削除と舌神経損傷に関連があると報告がされており2)、当科でも同様の傾向が認められた。下顎智歯部では舌神経は平均的に舌側皮質骨から1~2mm舌側、歯槽頂から2~3mm下方を走行しているが歯槽頂上を走行する例も報告されているが3)、術前に把握することは困難であるため、遠心、舌側歯槽骨を損傷しない慎重な手術操作や歯槽頂より舌側に及ばない切開線の設定が重要と考えられる。

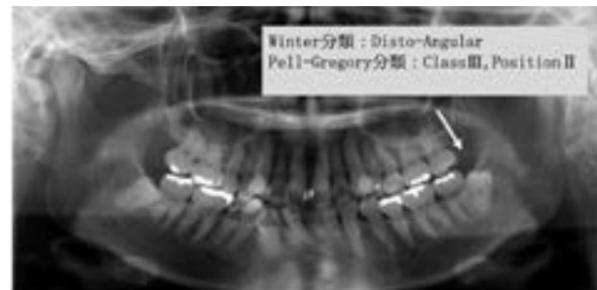


図1: 術前パノラマX線写真

引用文献

- 1) Al-Haj Husain, A, et al : Visualization of the Inferior Alveolar Nerve and Lingual Nerve Using MRI in Oral and Maxillofacial Surgery: A Systematic Review. Diagnostics 2021, 11 (9), 1657.
- 2) Tojyo I, et al : Risk of lingual nerve injuries in removal of mandibular third molars: a retrospective case-control study. Maxillofac Plast Reconstr Surg 2019;41 (1) :40.
- 3) Miloro, M, et al : Assessment of the lingual nerve in the third molar region using magnetic resonance imaging. J Oral Maxillofac Surg. 1997 Feb;55 (2) :134-7.

	SW		スコア	痛覚	
	患側	健側		患側	健側
舌尖部	16	1	3	4	0
舌縁部	17	1	3	4	0
舌背部	14	1	3	4	0

2 PD		
患側	健側	スコア
x	2	4

味覚	甘味		塩味		酸味		苦味	
	患側	健側	患側	健側	患側	健側	患側	健側
鼓索神経支配領域	x	5	x	4	ax	3	x	5

図2: 術後1週の検査所見

	SW		スコア	痛覚	
	患側	健側		患側	健側
舌尖部	1	1	0	4	0
舌縁部	4	1	1	0	0
舌背部	8	2	2	0	0

2 PD		
患側	健側	スコア
5	4	0

味覚	甘味		塩味		酸味		苦味	
	患側	健側	患側	健側	患側	健側	患側	健側
鼓索神経支配領域	2	1	2	1	1	4	5	5

図4: 術後9か月の検査所見

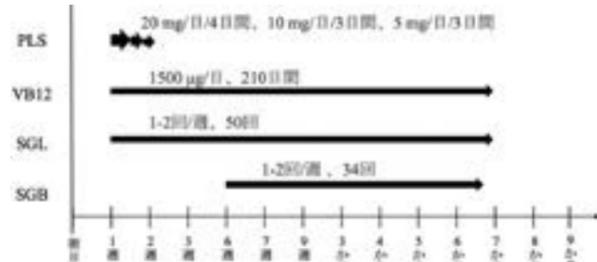


図3: 治療内容 (PLS: 副腎皮質ステロイド内服、VB12: ビタミンB12製剤内服、SGL: 星状神経節低反応レベルレーザー照射、SGB: 星状神経節ブロック)



図5: 術後撮影したCBCT画像

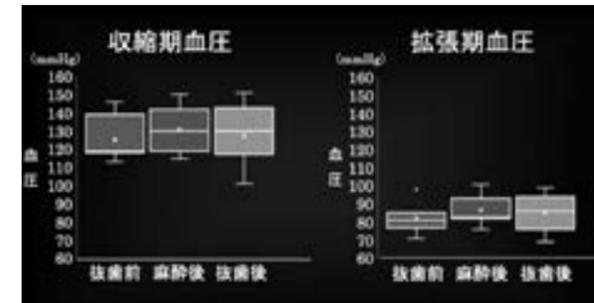


図3: 血圧 (収縮期血圧・拡張期血圧)

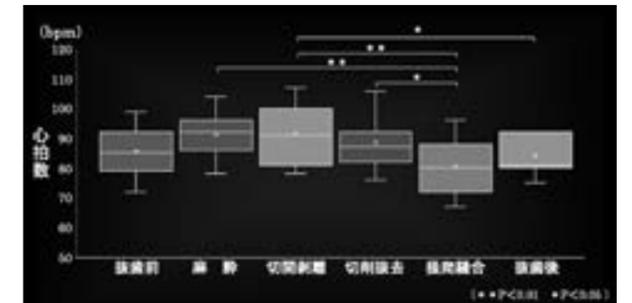


図4: 心拍数

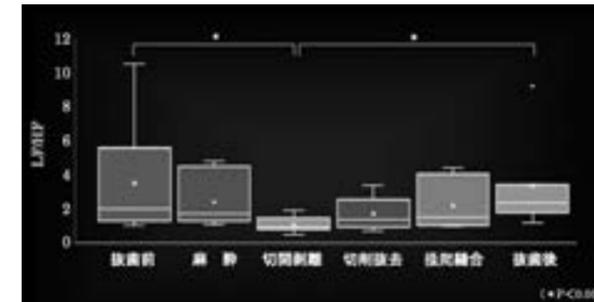


図5: LF/HF

11. 下顎埋伏智歯抜歯術後に生じた舌神経知覚異常に対し保存的治療が奏功した1例
大阪大学 歯学部第一口腔外科

○穂山 凌 藤本倫莉 外川健史 簗田宜子 西浦 輝
松川 誠 関 壮樹 横田祐介 田中 晋

緒言

下顎智歯抜歯術の偶発症として、下歯槽神経の知覚異常は0.4-8.4%で発生し、舌神経の知覚異常は0.1-2%で発生すると報告されている1)。一般に知覚異常に対して薬物療法や理学療法が行われており、重症症例に対して一部施設では外科的治療が行われている。今回われわれは、下顎埋伏智歯抜歯後に生じた舌神経知覚異常に対し保存的治療が奏功した1例を経験したので、その治療経過を報告するとともに、当科における過去1年間の下顎埋伏智歯抜歯後に生じた舌神経知覚異常について検討したので報告した。

症例

患者: 40代、女性。初診: 2021年1月。主訴: 左下の親知らずを抜きたい。現病歴: 左側下顎智歯抜歯のため近医から紹介され当科を受診した。既往歴: 特記事項なし。初診時現症: 自覚症状はなく、歯肉発赤等の智歯周囲炎の所見は認めなかった。画像所見: 左側下顎に埋伏智歯を認めた(図1)。Winterの分類: Disto-Angular。Pell-Gregoryの分類: Class III、Position II。経過: 2021年5月に静脈内鎮静下にて左側下顎埋伏智歯抜歯術を実施した。術後から左側舌の知覚および味覚の異常を自覚した。検査結果: 生活支障度、自覚症状のVASはそれぞれ70/100、70/100であった。また知覚鈍麻のため、構音

時の違和感を訴えた。SWテストで舌尖部、舌縁部、舌背部いずれも健側と比較してスコアは3であった。痛覚検査、2点式別覚検査および濾紙ディスク法による鼓索神経支配領域の味覚検査は測定不能であった(図2)。

治療経過: 術後1週より副腎皮質ステロイドを20mg/day 4日間、10mg/day 3日間、5mg 3日間と漸減し計10日間、ビタミンB12製剤1,500 μg/dayを計210日間の内服投与、星状神経節低反応レーザー照射(1~2回/week、計50回)を開始した。明らかな改善を認めなかったため、治療開始後6週から星状神経節ブロック(~2回/week、計34回)を開始した。症状固定と判断した術後7か月で治療を終了し、経過観察とした(図3)。

術後9か月間評価を行った。VASは生活支障度が5/100、自覚症状が15/100と改善し、構音時の違和感は消失した。SWテストのスコアでは舌尖部3→0、舌縁部3→1、舌背部3→2と改善を認めた。痛覚、2点別覚および味覚はいずれも健側と同等まで回復した(図4)。知覚の鈍麻は認めるものの、生活に支障がない程度まで回復が得られた。

考察

本症例は術後のCTで舌側皮質骨の損傷を認めたことから、知覚異常の原因は歯冠分割時のパーによる損傷の可能性が高い(図5)。経過からSeddonの分類で軸索損傷と考えられるが、

13. 神経再生誘導チューブによる神経修復が神経障害性疼痛に有効であった2例

- 1) 東京歯科大学 口腔病態外科学講座
 2) 東京歯科大学 口腔顎顔面外科学講座
 ○西山明宏¹⁾ 加藤 宏²⁾ 有泉高晴²⁾ 田中 斉²⁾
 杉浦 慧¹⁾ 山崎 梓²⁾ 山本裕義¹⁾ 佐々木研一²⁾
 高野正行²⁾ 片倉 朗¹⁾

緒 言

2014年に医療保険の適応となった神経再生誘導チューブは、運動、知覚神経の回復例の報告が経年的に増加している。近年手外科では、神経障害性疼痛に対して神経再生誘導チューブの有用性が報告されているが、口腔顎顔面領域、また末梢性三叉神経領域における同様の報告例は渉猟し得る限り皆無である。そこで、今回、医原性損傷により発症した神経障害性疼痛に対して神経再生誘導チューブの使用が疼痛減少に有効であった2例について文献的考察を加えて報告する。

症 例

症例1は63歳の女性。右側下顎頬小帯切除術後のオトガイ神経障害を伴うアロデニア症状が主訴で、本学の神経修復外来にて客観的、主観的知覚検査を施行した結果、Seddon分類にて軸索切断および損傷後に発生したアロデニア症状を有したため相対的手術適応と判断し神経剥離術を施行。しかし術後もアロデニア症状が改善しないこと、MR画像より、神経障害性疼痛の診断要件を満たし、疼痛除去のための2回目の神経修復術を施行致した。

手術の概要は右記となる。神経剥離術では、オトガイ神経を明示し下唇枝の挫滅とそれに伴う瘢痕組織の除去を行い、PGA膜にて修復。その後、2年4か月後に施行した2回目の手術では、オトガイ神経3枝分岐部の腫大部分から肉眼的所見で腫大部分を切除し再生誘導チューブへ再建。病理診断は共に外傷性神経腫であった。

症例2は28歳の女性。左側下顎智歯抜歯後の下歯槽神経障害を伴うアロデニア症状が主訴で、他院にて薬物療法の介入があったが、疼痛制御困難のため当院を受診。本症例においても客観的、主観的知覚検査を施行した結果、Seddon分類にて軸索切断およびアロデニア症状を有したため相対的手術適応と判断し神経剥離術を施行。しかし術後もアロデニア症状が改善し

ないこと、さらに術前からの疼痛による最大開口量が20mm程度により、MR画像等の客観的評価により神経障害性疼痛の診断要件を満たし、疼痛除去のため2回目の神経修復術を施行した。

手術の概要は右記となる。神経剥離術では、オトガイ神経を明示し左側下智歯相当部に下歯槽神経本管からの索状物を外傷性神経腫と判断し、除去を行い、PGA膜にて修復致した。その後、2年4ヶ月後に施行した。その後、1年1か月後に施行した2回目の手術では前回の修復部位の下歯槽神経本管の腫大を認め肉眼的所見で腫大部分を切除し再生誘導チューブへ再建。病理診断は共に外傷性神経腫でありました。また生活支障度と自覚症状のVASは、2症例とも神経再生誘導チューブによる修復後、錯感覚、知覚の低下は残存しているが、共にVASの減少、アロデニア症状は消失している。さらに症例2は疼痛消失のため開口量は40mmと改善に至った。

考 察

同一症例における神経剥離術と神経再生誘導術の経験から、後者でアロデニア症状が消失した。稲田らの報告では、神経修復術後に起こる神経線維の発芽により不規則に伸長した結果起こる神経拘縮により痛みが誘発されるとのことで、剥離術後に同病態が発生し、痛みの再燃につながったと考えられた。一方で神経再生誘導チューブを使用することにより神経線維を誘導し配列の無秩序を防ぐことでこのこと疼痛の機序を不成立にすることが考えられた。同一症例で2回の手術ともに病理診断にて外傷性神経腫であり、さらに2症例共にアロデニア症状を有したことを鑑みると、この外傷性神経腫が疼痛の原因と考えられた。久能らは、この疼痛に対しては積極的に再建手術が望ましいと報告しており、すべての症例に適応するかは検討が必要であるが、このような症例では、神経再生誘導チューブの使用が有効ではないかと推察する。

12. 下顎歯肉がん患者に対して神経再生誘導チューブを用い再建を行った2例

- 1) 和歌山県立医科大学 歯科口腔外科学講座
 2) 新宮市立医療センター 歯科口腔外科
 3) 国立南和歌山医療センター 歯科口腔外科
 4) 橋本市市民病院歯科口腔外科
 ○田坂ゆかり¹⁾ 鈴木 滋¹⁾ 岡本健二郎¹⁾ 上田真道¹⁾
 角谷有吏子¹⁾ 水間庸介¹⁾ 家田晋輔⁴⁾ 溝端直樹²⁾
 森 恵一³⁾ 松村達志¹⁾

緒 言

2016年より歯科保険診療でも神経再生誘導チューブの適応が認められ、神経修復における治療の選択肢の1つとなっている。しかし、顎顔面領域では下歯槽神経切除症例や舌神経切除症例に対する神経再生誘導チューブを用いた再建の報告が未だ少ないのが現状である。今回われわれは、下顎歯肉がん患者に対して、下顎切除後、神経再生誘導チューブを用いた再建を行ったので、若干の考察を加え報告する。

症例および方法

症例1：70歳、女性。2017年夏頃に歯肉部の粗造な変化を指摘され、症状悪化を認めたため、同年10月に当科紹介・受診に至る。右側下顎歯肉がん(cT3N0M0)の診断にて、治療は下顎区域切除術、プレートと神経再生誘導チューブを用いた再建を行った。術後1年の検査結果は、生活支障度をVisual analogue scale(以下:VAS)を用いて示したところ、VASは0であった。SW知覚テスターでは健側には劣り、スコアは2~3となった(口腔顔面神経機能学会口唇・舌感覚プロトコルの①~③の部位にて)。2点識別域でも健側には劣ったが、スコアは1となった。

症例2：51歳、男性。2017年7月頃から左側下顎臼歯部の歯肉の違和感を自覚、近歯科医院を受診したところ、精査加療目的に当科紹介・受診に至る。左側下顎歯肉がん(cT1N0M0)の診断にて、下顎辺縁切除術と神経再生誘導チューブを用いた再建を行った。術後3ヶ月、1年、3年で検査を行った。生活支障度はいずれもVAS20台であった。2点識別域は経時的に改善傾向を示しており、術後3年の時点ではスコアは1であっ

た。SW知覚テスターでは、経時的に改善傾向を認めており、スコアも0~2であった(口腔顔面神経機能学会口唇・舌感覚プロトコルの①~④の部位にて)。痛覚はいずれも認めており、冷刺激、温熱刺激は術後3年ではいずれの部位でも反応を認めた。

考 察

下顎歯肉がんなどの下顎腫瘍において行われる下顎区域切除術や辺縁切除術などでは、下歯槽神経が欠損することもあり、おとがい神経領域の知覚は消失し、患者のQOLの低下につながると考えられる。そのため、以前から大耳介神経や腓骨神経などの自家神経移植が行われることがあったが、採取部位の新たな手術創が必要であることと神経障害が生じるという欠点があった。そのため、神経再生誘導チューブを用いた再建は、自家神経移植と比較すると神経採取のための手術創を必要とせず、また低侵襲であることから有効な治療の選択肢であると考えられてきている。術後の知覚回復は、損傷した術中に即時再建した症例の回復が最も良好であると報告されている。他の報告では、術後1年でSW値が2.52gf/mm²まで回復したとの報告があるが、当科では即時再建であったものの、両症例とも健側と同等までの回復には至らなかった。しかし知覚は回復傾向を示し、本人の生活支障度は低く、QOL改善に寄与していると考ええる。また、長期経過観察により知覚が改善したという報告もあるため、今後も長期的な経過観察が必要と考えた。

結 語

下顎歯肉がん患者に対して、下顎切除後、神経再生誘導チューブを用いて再建を行った2症例を報告した。

第26回口腔顔面神経機能学会総会・学術大会のご案内

第26回口腔顔面神経機能学会総会・学術大会
 大会長 大廣洋一
 準備委員長 松下和裕

記

開催形式：WEB（ZoomによるLive配信）およびオンデマンド視聴

Live配信日時：2023年3月4日（土）

オンデマンド配信日時：2023年3月20日（月）～3月31日（金）

参加費：2000円

参加登録方法：下記よりご登録ください

<https://peatix.com/event/3346540>

参加登録期間：2022年12月1日（木）～2023年3月5日（日）

※クレジット決済及び銀行振り込みに対応

役員理事会：2023年3月3日（金）18：00～ WEB開催

特別講演：「当科における歯科・口腔外科治療に関連する神経障害への対応」

北海道大学大学院歯学研究院口腔病態学講座歯科麻酔学教室 亀倉更人 先生

*当大会につきましては、当日Zoom上で収録したものを後日オンデマンド配信する予定としております。座長、演者及び参加者については当日ご参加いただくことをもって、収録について同意いただいたものとさせていただきます。

演題募集要項：

- 発表形式：音声付きパワーポイントを作成していただき、mp4の動画形式に変換して2月19日（日）までにご提出ください。ファイルサイズが大きくなるかと思われますので、Firestorage (<https://firestorage.jp/>) 等のオンラインストレージでお送りください。これをバックアップファイルとして保存します。当日は、ファイルを共有してご自分で発表していただいても、事前に提出していただいた動画ファイルを大会事務局で再生しても差支えございません。ファイル提出の際、ご指示ください。質疑応答については、Liveでのご回答をお願いします。なお、提出していただいたファイルは、学会終了後消去します。
- 発表時間：口演時間6分、質疑応答時間2分を予定しています。
- 演題申込方法：演題名（全角50文字以内）、所属、演者氏名・フリガナ、抄録（全角100字程度）、連絡先（郵便番号、住所、電話番号、FAX番号、E-mailアドレス）をWordファイルで作成し、大会事務局へE-mailでお送りください。12月1日（木）から申込可能となります。なお、電話番号は当日緊急時、確実につながる番号をお願いします。
- 演題・抄録申込：2022年12月1日（木）～2023年1月31日（火）
- 事後抄録：3月5日（日）までに、演題名・所属・演者（発表者に○）・1,200～1,500字程度の事後抄録をWordファイルで作成し、大会事務局へE-mailでお送りください。なお、本文以外に4、5枚程度の写真・図表を加えて頂いて結構です（カラー不可）。

大会事務局

第26回口腔顔面神経機能学会総会・学術大会
 準備委員長 松下和裕
 〒060-8586 北海道札幌市北区北13条西7丁目
 TEL/FAX：(011) 706-4283
 Email：jsofnf26@den.hokudai.ac.jp
 北海道大学大学院歯学研究科 口腔病態学講座口腔顎顔面外科学教室内

第26回口腔顔面神経機能学会

第26回口腔顔面神経機能学会総会・学術大会開催にあたって



第26回口腔顔面神経機能学会総会・学術大会 大会長
 北海道大学大学院 歯学研究院 口腔病態学講座
 顎顔面外科学教室 主任教授

大廣洋一

口腔顔面神経機能学会は、口唇麻痺研究会として発足し、口唇麻痺研究会設立総会および第1回口唇麻痺研究会が1997年2月に大阪大学で開催され、2002年の第6回学術大会から口腔顔面神経機能学会に改名されております。今回、第26回学術大会の大会長にご指名いただきましたことは、私はもとより、教室員・同門会員にとりまして誠に光栄なことで、このような機会を与えて下さいました会員の皆様から感謝申し上げます。

学術大会開催が決定してから、教室をあげて対面での開催を目指し準備にあたってまいりましたが、2020年より世界で蔓延するCOVID-19の終息が見込めません。冬の北海道を満喫していただきたいところですが、オンラインでの開催となりましたことをご報告いたします。しかし、対面開催と同様に情報を発信し、参加者の皆様にも知識を収集する絶好の機会を提供すべく準備してまいりますので、活発なご討議をいただけますと幸いに存じます。また、アドバンスセミナーを含めて認定医試験を実施すべく委員会の皆様のご協力のもと準備を進めてまいります。

特別講演では、北海道大学大学院歯学研究院口腔病態学分野歯科麻酔学教室 亀倉更人先生にご講演をお願いしております。亀倉先生は、北海道大学病院歯科麻酔科でペイン診療チーフとして診療にあたっておられ、示唆に富んだお話を伺えるものと楽しみにしております。

最後になりますが、開催形式にかかわらず、数多くの演題ならびに活発なご討議が学術大会の成功につながるものと考えております。会員の皆様のご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

ない場合は、次期役員決定までとする。

第6章 会 議

第13条 理事会は毎年1回以上理事長がこれを招集する。

1. 理事会は、理事現員数の3分の2以上（委任状を含む）が出席しなければ、その議事を開き、議決することはできない。ただし、理事が推薦する正会員を代理として認めることができる。
2. 理事長が指名した各種委員会の委員長および監事・幹事の出席を認めることができる。

第14条 通常総会は毎年1回、会長が招集する。

第15条 次に掲げる事項については通常総会の承認を受けなければならない。

1. 事業計画および収支予算
2. 事業報告および収支決算
3. その他必要と認められた事項

第16条 必要あるときは臨時総会を開くことができる。

第7章 会 計

第17条 本会の経費は会費、寄付金およびその他の収入をもってこれにあてる。

第18条 会費は正会員においては機関年会費35,000円、個人年会費5,000円とする。賛助会員は年額一口30,000円とする。

第19条 本会の会計年度は毎年2月1日に始まり、翌年1月31日に終わる。

第8章 委 員 会

第20条 本学会の会務運営に必要な委員会を置くことができる。

1. 口唇麻痺判定認定制度設立準備委員会
2. 口腔領域感覚異常診断基準検討委員会
3. 学会のあり方委員会
4. 学術委員会

第9章 会則の変更

第21条 会則の変更は、理事会の議を経て総会の議決により行う。

第10章 付 則

1. 本会は事務局を置き、その所在地は理事長改選時に定める。
2. 本会則は平成16年3月6日より施行する。

—役員選出に関する細則—

第1条 理事は次の項目に該当する者で理事会が適当と認めた者とする。

1. 本会の目的に賛同する機関の代表者、
 - 1-1 大学病院教授あるいは教室主任に相当する者
 - 1-2 都道府県あるいは郡市歯科医師会代表者
 - 1-3 病院歯科、口腔外科の主任あるいはそれに相当する者
2. 本会の運営に必要な個人

第2条 理事会の指名により、顧問を若干名置くことができる。

入会申込と年会費のお知らせ

年会費は以下の通りです。

機関会員年会費 35,000円
個人会員年会費 5,000円

入会申込先
 〒663-8501 兵庫県西宮市武庫川町1番1号
 兵庫医科大学歯科口腔外科学講座内
 口腔顔面神経機能学会事務局

学会振り込み口座（入会金、年会費、更新料等の振り込み先）

中国銀行（0168） 店110（清輝橋支店）
 普通預金 2527562
 口腔顔面神経機能学会 理事長 飯田征二

口腔顔面神経機能学会 令和3(2021)年度収支決算報告

(2021年2月1日～2022年1月31日) (単位:円)

収入の部		支出の部	
前年度繰越金	1,786,183	第26回	150,000
会費	916,000	会報発刊	424,050
認定医審査料(更新を含む)	40,000	認定医賞状印刷代	29,149
認定医登録料	100,000	消耗品費	20,173
広告料	130,000	通信運搬費	62,378
その他	12	HP更新費	27,600
		会議費	230,000
		旅費	0
		年会費・登録費返還	20,000
		学会協議会会費	50,000
		次年度繰越金	1,958,845
合計	2,972,195	合計	2,972,195

口腔顔面神経機能学会会則

〔平成28年3月6日一部改訂〕

第1章 総 則

第1条 本会は、これを口腔顔面神経機能学会とよぶ。

第2章 目的及び事業

第2条 本会は、口腔顔面領域の神経機能障害の病態解明や治療法開発の研究、討議を通じて国民の健康と福祉に貢献することを目的とする。

第3条 本会は、前条の目的を達成するため次の事業を行う。

1. 総会および学術大会の開催
2. 会誌の発行
3. その他本会の目的達成のために必要な事業

第3章 会 員

第4条 本会の会員は、本会の目的に賛同する者をもって構成する。

会員は正会員・賛助会員および名誉会員よりなる。名誉会員は本会に対して特別に功労のあった者で理事会が推薦し、総会で承認された者。

第5条 本会に入会を希望するものは、所定の申込書に年会費を添えて本会事務局に申し込むものとする。年会費は機関（大学講座・研究機関・病院・都道府県あるいは郡市歯科医師会など）ごととする。個人の年会費は別に規定する。

第6条 本会会員で、本会の体面を毀損するような行為があった場合、理事会の議を経て総会の承認により除名することがある。

第7条 2ヵ年以上会費を納めないものは、退会者と見做すことがある。

第4章 役 員

第8条 本会に、次の役員を置く。

1. 会 長 1名
2. 理事長 1名

3. 理 事 20名以上30名以内

4. 監 事 2名

第5章 幹 事

第9条 理事会の会務を補助するため、若干名の幹事を置く。幹事は理事長が指名し、理事会の承認を得る。

第10条 役員会の組織と職務は次による。

1. 会長は当該年次の総会ならびに学会を主宰する。
2. 理事長は本会を代表し、会務を掌理する。副理事長は理事長を補佐する。
3. 理事は理事会を組織し、会務を執行する。
4. 監事は会務および会計を監査する。

第11条 役員の出選等は次による。

1. 会長は理事会により推薦され、理事会の議を経て、総会の承認を受ける。
2. 理事長と副理事長は理事会により理事の中から選出される。
3. 理事は理事会により正会員の中から選出され、総会の承認を受ける。
4. 監事は理事会により会員の中から選出され、総会の承認を受ける。
5. 役員選出に関する規程は別に定める。

第12条 役員任期は次による。

1. 会長の任期は1年とする。
2. 理事長と副理事長の任期は3年とする。また原則として再任は2期までとする。
3. 会長および理事長を除く役員任期は3年とし、再任を妨げない。
4. 役員任期は総会の翌日から3年後の総会当日までとする。また、補充によって就任した役員任期は前任者の残任期間とする。ただし、次期役員が決定され

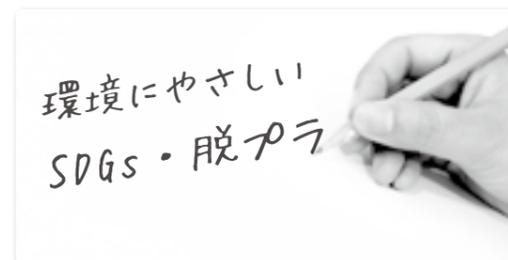
ペーパークリアファイルで 脱プラ化推進!

SDGsのPRに

- 資料や提出書類のファイリングとして脱プラ活動に貢献できます。
- オリジナルデザインでの作成も承ります。

書き込み可能

- 鉛筆等の筆記具であれば繰り返し書き込みができます。



●片面 1/4透かし 白

●片面 1/4透かし クラフト

●片面 1/4透かし レモン

●片面 1/4透かし さくら

リサイクル可能

- 中の書類ごとシュレッダーにそのまま入れられます。



※小ロットでの対応もできますのでお気軽にご相談ください。
※可変印刷・オリジナルデザイン制作は別途料金となります。ご相談ください。

 **電算印刷 株式会社**
for your DECENT PROSPERITY

URL <https://densan-p.jp/>

■ 本社

〒390-0821 松本市筑摩1-11-30
TEL 0263-25-4329 FAX 0263-25-9849

■ 東京

〒101-0051 千代田区神田神保町3-10-3スリースタービル
TEL 03-5226-0126 FAX 03-5226-3456



理事名簿

理事長 飯田 征二	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 顎口腔再建外科学分野
副理事長 高田 訓	奥羽大学歯学部口腔外科学講座
相川 友直	広島大学大学院医系科学研究科 口腔顔面再建外科
石井 庄一郎	近畿中央病院口腔外科
石濱 孝二	大阪警察病院歯科口腔外科
今村 佳樹	日本大学歯学部口腔診断学教室
大廣 洋一	北海道大学大学院歯学研究科口腔顔面外科学教室
片倉 朗	東京歯科大学口腔病態外科学講座
岸本 裕充	兵庫医科大学医学部歯科口腔外科学講座
古郷 幹彦	大阪大学大学院歯学研究科口腔外科学第一教室
小林 明子	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科顎顔面外科学
澁谷 徹	松本歯科大学歯科麻酔学講座
田中 晋	大阪大学大学院歯学研究科口腔外科学第一教室
高崎 義人	社会医療法人大道会 森之宮病院歯科診療部
竹信 俊彦	大阪歯科大学口腔外科学第二講座
富原 圭	新潟大学大学院医歯学総合研究科顎顔面口腔外科学分野
中村 典史	鹿児島大学大学院医歯学総合研究科口腔顔面外科学分野
濱田 智弘	会津中央病院歯科口腔医療センター
平木 昭光	福岡歯科大学口腔腫瘍学分野
堀之内 康文	公立学校共済組合九州中央病院歯科口腔外科
松村 達志	和歌山県立医科大学歯科口腔外科学講座
村岡 渡	川崎市立井田病院歯科口腔外科
依田 哲也	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科顎顔面外科学
河村 達也 (代表委員)	大阪府歯科医師会
若野 正人 (代表委員)	大阪府歯科医師会
事務局幹事	
高岡 一樹	兵庫医科大学医学部歯科口腔外科学講座
川邊 睦記	兵庫医科大学医学部歯科口腔外科学講座

2022年3月1日現在

編集後記

学会事務局が兵庫医科大学へ異動になって早一年が経とうとしています。至らない点が多く、会員の皆様にご心配やご迷惑をおかけしたことをこの場をお借りしてお詫び申し上げます。今後も、会員の皆様からご教示を賜りながら、業務に励んで参

りますので、何なりとお申しつけください。

来年度は、会員の皆様にface to faceでご挨拶できることを楽しみにしております。(高岡・川邊)

